



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**PRÁCTICAS PARENTALES, BIENESTAR PSICOLÓGICO
Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MARCELA BEATRIZ GONZÁLEZ FUENTES

TUTORA PRINCIPAL:

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS - Facultad de Psicología

COMITÉ TUTOR:

DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN - Facultad de Psicología

DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ FORTEZA - PROGRAMA DE
MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DR. SERAFÍN JOEL MERCADO DOMÉNECH - Facultad de Psicología

DR. ROLANDO DÍAZ LOVING - Facultad de Psicología

MEXICO, D.F.

Septiembre 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Esta investigación fue realizada gracias al programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIT) de la UNAM. Clave IN302212. Proyecto: Prácticas parentales y bienestar psicológico en adolescentes. Agradezco a DGAPA-UNAM el apoyo brindado.

Mi gratitud y reconocimiento a la Dra. Patricia Andrade Palos por su alta excelencia académica y calidad humana; así como por su acompañamiento, sentido del humor y valiosa asesoría a lo largo de estos años. Muchas gracias Paty por tu ejemplo como docente, investigadora y universitaria. Contar con tus conocimientos y apoyo en esta etapa de formación fue un privilegio y, sin duda, el elemento esencial para consolidar este trabajo. ¡Gracias por compartir tu experiencia y tu fascinación por la investigación conmigo!

Mi más sincero agradecimiento a: la Dra. Sofía Rivera Aragón, a la Dra. Catalina González Forteza, al Dr. Serafin Mercado Doménech y al Dr. Rolando Díaz Loving por sus atinados comentarios y recomendaciones para mejorar este trabajo y por su apoyo a lo largo de este proceso.

A las autoridades de las escuelas de Educación Media Superior que me permitieron el acceso a sus centros y a los estudiantes que participaron en el estudio.

A mis profesores de los cursos del Doctorado por sus conocimientos.

A Stephanie Rosales Tonches, becaria del proyecto PAPPIT, por su apoyo en la captura de datos y en muchas otras actividades.

Al Dr. David Donaldson por revisar y corregir mis escritos en inglés.

A mis compañeros Omar Sánchez Xicotlencatl y Alejandra García Saisó por compartir sus conocimientos conmigo.

A mis colegas de la Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas de la Facultad de Psicología por sus enseñanzas y su ayuda incondicional.

A Mariana y Pablo Andrés por alentarme para concluir este proyecto.

¡MUCHAS GRACIAS!

Contenido

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
I. ANTECEDENTES DEL CONSTRUCTO DE BIENESTAR.....	11
1.1 Felicidad	11
1.2 Calidad de vida	16
II. EL ESTUDIO DEL BIENESTAR	20
2.1 El bienestar en el campo de la salud.....	20
2.2 El bienestar en psicología.....	21
III. LA PERSPECTIVA HEDONISTA: EL BIENESTAR SUBJETIVO.....	25
3.1 Definición y características	25
3.2 Medición	28
3.3 Factores asociados al BS	30
IV. LA PERSPECTIVA EUDEMONISTA: EL MODELO MULTIDIMENSIONAL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF	33
4.1 Definición y características	33
4.2 Medición	39
4.2.1 Diseño de las escalas de BP.....	39
4.2.2 Validez factorial del modelo y de las propiedades psicométricas.....	42
4.2.3 Otros instrumentos con base en el Modelo Multidimensional.....	51
4.3 Factores asociados al BP.....	56
4.3.1 Factores: socio-demográficos, biológicos y de personalidad.....	56
4.3.2 Factores asociados con el BP y algunos eventos de vida.....	65
4.3.3 Aplicaciones del BP en diversos campos de la psicología.....	68
4.3.4 Relación entre el BP y factores familiares.....	71
V. PRÁCTICAS PARENTALES, BP y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.....	78
5.1. El proceso de socialización en la familia: la interacción padres-adolescentes.....	78
5.2. Prácticas parentales.....	81
5.3. Evidencia empírica acerca de la relación entre prácticas parentales, BP y conductas de riesgo en adolescentes.....	84

5.4. Evidencia empírica en México acerca de la relación entre prácticas parentales, BP y conductas de riesgo en adolescentes	101
VI: INVESTIGACIÓN.....	113
Planteamiento del problema.....	113
Preguntas de investigación.....	116
Objetivos generales.....	116
Hipótesis de Trabajo.....	116
Definición de variables.....	117
Diseño de investigación.....	119
FASE I: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE BP.....	120
ESTUDIO 1. SIGNIFICADO DE BP.....	120
Objetivos específicos:.....	120
MÉTODO.....	120
Participantes.....	120
Técnica de obtención de información.....	120
Procedimiento.....	121
Análisis de la información.....	121
RESULTADOS.....	122
ESTUDIO 2: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA de BP.....	125
Objetivo específico:.....	125
MÉTODO.....	125
Participantes.....	125
Instrumentos.....	125
Procedimiento.....	126
RESULTADOS.....	126
Análisis psicométrico de la escala.....	126
FASE II. RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS PARENTALES, BP y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.....	128
Objetivos específicos.....	128
MÉTODO.....	128
Participantes.....	128
Instrumentos.....	128

Procedimiento	130
RESULTADOS	131
Análisis psicométrico de la escala	131
PRÁCTICAS PARENTALES, BP Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.....	134
Análisis Descriptivo de BP y PP.	134
Correlaciones entre las dimensiones de BP y de PP.	135
Correlaciones entre BP total y PP.	137
Nivel de predicción de las PP en el BP de los adolescentes.	138
BP Y CONDUCTAS DE RIESGO.....	141
Análisis descriptivo:.....	141
Diferencias en BP entre hombres y mujeres que reportaron alguna conducta de riesgo y quienes no lo hicieron.	144
VII: DISCUSIÓN	150
Consideraciones para futuras investigaciones.	166
REFERENCIAS	168
ANEXOS	194

RESUMEN

Con base en el Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico (BP) propuesto por Ryff en 1989 y en los trabajos de investigación con adolescentes mexicanos acerca de las Prácticas Parentales (PP) y algunas Conductas de Riesgo (CsR) de Andrade y Betancourt (2008), se plantearon los siguientes propósitos de investigación: a) analizar la relación entre el nivel de BP de los adolescentes y su percepción de las PP y, b) examinar las diferencias en el BP de los jóvenes que no reportaron CsR y los que sí lo hicieron. La investigación se organizó en dos fases, en la Fase I se realizaron dos estudios, el objetivo del primero fue identificar el significado que le dieron los jóvenes al BP; se trabajó con 30 estudiantes de 15 a 20 años de escuelas públicas de Educación Media Superior, organizados en tres grupos focales. En el segundo estudio se diseñó y validó la escala de BP, participaron 665 estudiantes de EMS, 332 fueron hombres y 333 mujeres ($M= 16.7$; $DE= 1.36$). En la Fase II se analizaron las propiedades psicométricas de la escala de BP, elaborada en la fase anterior y se determinó la relación entre el BP de los jóvenes y su percepción de las PP de: apoyo/comunicación, autonomía, control conductual, imposición y control psicológico; además de identificar las diferencias entre el BP de los adolescentes que reportaron alguna de las CsR (debut sexual, consumo de tabaco, alcohol, drogas e intento de suicidio) y los que no lo hicieron. Participaron 1064 estudiantes de EMS, cuyo rango de edad fue de 15 a 20 años, la muestra fue de 940 jóvenes, 427 mujeres y 513 varones ($M=16.10$; $DE=.941$). La escala de BP resultó válida psicométricamente, quedó conformada por siete dimensiones: crecimiento personal, relaciones positivas con otros, propósito de vida, auto-aceptación, planes a futuro, rechazo personal y control personal. Con respecto a la relación de las PP y el BP, se identificaron diferencias por sexo, en términos generales se corroboró la hipótesis de trabajo ya que se encontró una relación positiva entre las PP de apoyo/comunicación, autonomía, control conductual y el BP; y una relación negativa entre las PP de imposición y control psicológico y el BP, aunque los porcentajes de varianza fueron bajos. Lo que sugiere que debe haber otros factores del contexto familiar y social de los jóvenes que están contribuyendo a su bienestar. En lo que se refiere a las diferencias entre el BP de los adolescentes que reportaron CsR y quienes no lo hicieron, se encontró que quienes no reportaron CsR obtuvieron mayores puntajes en BP, aunque las diferencias no siempre fueron significativas. Las diferencias significativas variaron dependiendo del sexo de los participantes y del tipo de conducta; en consumo de tabaco e intento de suicidio se identificaron diferencias significativas en hombres y mujeres, pero en iniciación sexual y consumo de drogas las diferencias sólo fueron significativas en los hombres. Estos resultados sugieren que hay algunas dimensiones específicas del BP que podrían estar afectando el proceso de toma de decisiones de los jóvenes para no involucrarse en CsR.

Palabras clave: bienestar psicológico, prácticas parentales, conductas de riesgo, adolescentes.

ABSTRACT

Based on the Multidimensional Model of Psychological Well-being (PWB) proposed by Ryff in 1989, and the research with Mexican adolescents about Parenting Practices (PP) and Risk Behaviors (RBs) of Andrade and Betancourt (2008), the purpose of this research was as follows: a) to analyze the relationship between adolescent's perception of PWB and Parental Practices (PP), and, b) to examine the differences in the PWB between those adolescents who reported no RBs and those who did. The research was organized in two phases. In Phase I: two studies were conducted; the first was designed to identify the meaning of Well-being given by the adolescents, who were 30 students between 15 and 20 years old, from public High schools, organized in three focus groups. The purpose of the second study was the design and validation of the scale of PWB; 665 students participated, 332 male and 333 female ($M = 16.7$; $SD = 1.36$). One of the objectives of Phase II was to analyze and determine the relationship between PWB and PP of: support/communication, autonomy, control behavior, imposition and psychological control. The other purpose was to identify the differences between the PWB of teenagers who reported risky behavior (sexual initiation, consumption of tobacco, alcohol, drugs and attempted suicide) and those who did not. Participants were 1064 students attending high school, between 15 and 20 years old, the final sample was 940 adolescents, with 427 females and 513 males ($M = 16.10$; $SD = 0.941$). The PWB scale had psychometric validity, results showing that it conformed to seven dimensions: personal growth, positive relationships with others, purpose of life, self-acceptance, plans for the future, personal rejection and personal control. The relationship between PP and PWB showed differences by sex, and the results corroborated in general terms the working hypothesis, in that there was a positive relationship between PP (support/communication, autonomy, control behavior) and PWB; and an inverse relationship between the other PP (imposition and psychological control) and PWB, although the percentage of variance was low. These results suggest that there must be other factors in the family and social context of youth that are contributing to their PWB. Regarding differences between the PWB of adolescents who reported RBs and those who did not, results showed that those who reported no RBs obtained higher scores on PWB, although the differences were not always significant. Significant differences varied depending on the sex of the participants and the type of risky behavior; tobacco use and suicide attempt showed significant differences in males and females, but differences on sexual initiation and use of drugs were significant only in males. These results suggest that there are some specific dimensions of PWB that could be affecting process of decision-making of the youth that do not engage in RBs.

Key words: psychological well-being, parenting practices, risk behaviors, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia está considerada como una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, influenciada por aspectos biológicos, sociales, económicos y culturales. Es una de las etapas de la vida que más ha llamado la atención a estudiosos de diversas disciplinas como son: la biología, la antropología, la psicología, la psiquiatría y la sociología, entre otras, lo que ha favorecido su estudio desde diversos enfoques. La razón de este interés han sido los múltiples cambios físicos y cognitivos que se desencadenan en esta etapa de vida del ser humano, a los cuales se agregan los nuevos roles sociales que los jóvenes deben asumir.

Diversos investigadores (Aguilar, Valencia & Romero, 2004; 2007; Andrade, 1998; Andrade & Betancourt, 2008a; Andrade & Díaz Loving, 1998; Betancourt, Andrade & Orozco, 2008; Rocha, 2008; Kimmel & Weiner, 1998; Lerner & Steinberg, 2009; Rice, 2000; Steinberg & Lerner, 2004, Steinberg & Morris, 2001) han dirigido su interés a estudiar las conductas típicas de esta etapa, las características de personalidad y las condiciones que determinan el comportamiento de los adolescentes, así como el papel que tienen los padres, los amigos y el contexto sociocultural. De entre los comportamientos investigados están las conductas de riesgo como las relaciones sexuales sin protección, el bajo rendimiento académico, el consumo de drogas y la conducta agresiva y delictiva, entre otras. Algunas de las características de personalidad que se han investigado son la extroversión, el locus de control, la búsqueda de sensaciones y la intensidad del afecto. Con respecto a las influencias que afectan su comportamiento se han estudiado las características de la familia, las expectativas de los padres y de los adolescentes, las diferencias de personalidad y la percepción de los adolescentes sobre el control de sus progenitores; otros aspectos estudiados han sido las relaciones entre pares y sus efectos en los jóvenes.

No es de extrañar que muchos de los aspectos estudiados se hayan centrado más en los comportamientos atípicos, en las disfunciones y en los trastornos, que en las conductas e influencias que permiten que muchos adolescentes vivan esta etapa sin problemas y que logren integrarse a la sociedad sin grandes dificultades; en los últimos años ha habido un creciente interés por conocer más sobre las conductas y los estados positivos del ser humano.

La evolución del concepto de salud mental ha estado influenciada por los trabajos de muchos investigadores, entre los que destacan: Jahoda (citado en Ryff, 1989a), Diener (1984), Ryff (1989b) y Ryff y Keyes (1995) quienes han argumentado que la salud mental debe definirse como la presencia de salud más que la ausencia de enfermedad. En 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. De acuerdo con este planteamiento, la salud mental está considerada “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2009).

Este enfoque centrado en el bienestar de la persona tiene importantes repercusiones en los campos de prevención y atención a la salud, en la práctica clínica, en la política pública y en la economía.

La investigación sobre bienestar tiene una larga tradición, el concepto es complejo y ha sido estudiado por diversas disciplinas entre las que destacan: la sociología, la economía política, la medicina y la psicología. En los años 70's el constructo se relacionó con las percepciones de los individuos sobre su calidad de vida, incluyendo sentimientos de felicidad y satisfacción centrados en el nivel individual y subjetivo de la propia persona (Contini, 2006). Este planteamiento estuvo basado en una aproximación hedonista enfocada en la felicidad, la cual ha sido ampliamente estudiada (Bradburn, 1969, Diener, 1984; Kahneman, Diener &

Schwarz, 1999, Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryan & Deci, 2001), el eje central de la investigación ha sido el constructo de Bienestar Subjetivo (BS), el cual se ha definido de diversas maneras. En 1984 Diener, quien es uno de los investigadores que más ha trabajado y publicado sobre este constructo, lo definió considerando tres campos: 1) el subjetivo que se centra en la experiencia del individuo, 2) el bienestar que comprende valoraciones positivas y no sólo la ausencia de factores negativos y 3) una conceptualización global de todos los aspectos de la vida de la persona que involucra un juicio integrado y evaluado en un tiempo y momento determinados. El diccionario de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002) define el BS como el juicio que la gente hace acerca de la calidad global de su vida, asumiendo los altos y bajos emocionales para determinar qué tan bien las circunstancias de su vida actual satisfacen sus deseos o expectativas respecto a cómo deberían sentirse.

En 1999, Diener, Suh, Lucas y Smith realizaron una revisión de las evidencias encontradas sobre BS a la largo de tres décadas, al respecto concluyeron que el BS es una categoría amplia que incluye respuestas emocionales de la gente, satisfacciones en varios campos y un juicio global de satisfacción con la vida. En este sentido, definieron el BS como un área general de interés científico más que un simple constructo específico. Las pruebas acumuladas en estos años sugieren que el BS tiene tres componentes esenciales: altos niveles de afecto positivo, bajos niveles de afecto negativo y una evaluación de la satisfacción con la vida como un todo. Sin embargo, señalaron que los próximos pasos en la evolución de este campo de estudio serían comprender la interacción de los factores psicológicos con las circunstancias de vida que producen BS, para identificar las vías causales que llevarían a la felicidad, así como los procesos que subyacen a la adaptación de los eventos, para desarrollar teorías que expliquen por qué ciertas variables influyen de manera diferencial los diversos componentes del BS. En los últimos años, los resultados de la investigación sobre las personas felices, parecen indicar que la felicidad precede y está asociada con el afecto positivo (Lyubomirsky et al., 2005).

Otra aproximación sobre el estudio del bienestar es la perspectiva eudemonista (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989b), centrada en el desarrollo total del ser humano y en la auto-realización; en esta aproximación destacan dos líneas de trabajo: la Teoría de la Autodeterminación, desarrollada por Deci y Ryan (1985, 2008; Ryan & Deci, 2001) sobre la motivación, el desarrollo, la salud y el bienestar, y el Modelo Multidimensional de Bienestar Psicológico (BP) propuesto por Ryff (1989a,b) .

El modelo multidimensional sugerido por Ryff, se basa en conceptos retomados de las propuestas de teóricos de la psicología del desarrollo como: Erikson, Buhler y Neugarten y de la psicología clínica como: Maslow, Allport, Rogers y Jung. Un constructo esencial de esta aproximación es el Bienestar Psicológico (BP), que retomó del trabajo de Jahoda, quien revisó e integró diversas perspectivas clínicas para definir el bienestar y la salud mental, identificando seis procesos psicológicos saludables: aceptación, percepción adecuada de la realidad, autonomía, dominio ambiental, crecimiento y desarrollo e integración de la personalidad. Con base en la revisión de diversas propuestas teóricas sobre el funcionamiento positivo del ser humano, Ryff (1989a,b) definió seis dimensiones: 1) auto-aceptación, 2) relaciones positivas con otros, 3) autonomía, 4) dominio ambiental, 5) propósito de vida y 6) crecimiento personal y diseñó una escala para evaluarlas.

Desde la publicación de la escala se ha investigado la validez factorial del modelo teórico de Bienestar Psicológico (BP) de Ryff con análisis confirmatorios de factores, y aunque en algunos casos los resultados han mostrado una alta correlación entre algunas dimensiones (Springer & Hauser, 2006; Springer et al., 2006; van Dierendonck, 2005); en otros se ha demostrado que el mejor modelo de ajuste es el modelo de 6 factores (Díaz et al, 2006; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008; Van Dierendonck, 2005). Las dimensiones del BP se han correlacionado con factores: a) socio-demográficos: edad y nivel socioeconómico, b) psicológicos: personalidad, identidad, estrategias de afrontamiento, etc., c)

biológicos: cardiovasculares, inmunológicos y neuroendocrinológicos, y d) con experiencias de vida: muerte temprana de los padres, divorcio, entre otras (Ryff & Singer, 2008).

Otro aspecto fundamental en esta investigación es el impacto que tienen los padres sobre sus hijos. Es indudable que los padres son los principales agentes de socialización en los primeros años de vida del ser humano, en la adolescencia la relación se modifica pero la calidad de la interacción padres-hijos sigue siendo importante, ya que en esta etapa todavía es necesario que supervisen y guíen el comportamiento de sus hijos (Hair, Moore, Garrett, Ling & Cleveland, 2008; Hupper, Abbott, Ploubidis, Richards & Kuh, 2009). La influencia de los padres ha sido un tema de interés constante entre los investigadores desde mediados del siglo pasado, de entre los trabajos más conocidos están los de Baumrind (1966, 1967 y 1971) quien realizó varios estudios ya clásicos, en donde identificó tres estilos de crianza y describió la conducta de los niños criados de acuerdo a cada uno de los estilos identificados en los padres. Estos estilos fueron identificados por la autora como procesos a través de los cuales los padres socializan a sus hijos, empleando prácticas conductuales y emocionales. Para Darling y Steinberg (1993), los estilos parentales son la variable contextual en la cual las conductas paternas se expresan y tienen un efecto directo en el desarrollo de conductas específicas de los hijos. La evidencia acumulada durante estos años sobre los efectos de los comportamientos de los padres en el desempeño de sus hijos sugiere que las conductas de riesgo que presentan algunos adolescentes están relacionadas con padres con poco control y bajos e inadecuados niveles de supervisión (Barber, Stolz & Olsen, 2005).

En nuestro país, el ambiente familiar ha sido estudiado por Andrade (1998), quien encontró que la percepción que los jóvenes tienen del ambiente en su familia (apoyo, comprensión y aceptación de ambos padres) influye en algunos rasgos de personalidad (autoestima social y escolar, locus de control y orientación al logro) y en conductas problemáticas (vida sexual, uso de alcohol, tabaco y

drogas y conductas agresivas y antisociales). Esta autora construyó y validó un instrumento para medir el ambiente familiar, de entre los diversos factores que evalúa, se encuentra la percepción de los adolescentes sobre la relación con cada uno de sus padres, valorando las dimensiones de apoyo, comunicación, rechazo y aceptación. En 2006, Palacios y Andrade desarrollaron una escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos, posteriormente, Betancourt (2007) realizó una investigación, en donde determinó la influencia del control parental (psicológico y conductual) sobre los problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes, además de desarrollar una escala de control paterno y materno. Recientemente, Andrade y Betancourt (2008b) integraron las dimensiones de estas dos últimas escalas en un instrumento de Prácticas Parentales (PP), el cual fue validado con adolescentes de la ciudad de México. Esta escala quedó conformada por las dimensiones de apoyo, control, autonomía e imposición y por las dimensiones de control psicológico y conductual; los resultados del estudio demostraron que es un instrumento válido y confiable para medir las prácticas parentales de ambos padres.

En nuestro país existe muy poca investigación sobre el funcionamiento positivo de nuestros adolescentes, los pocos estudios que se encontraron estudiaron la relación entre el Bienestar Subjetivo (BS), evaluado con la escala de Satisfacción de Vida (SV) de Diener et al. (1999) y algunas influencias familiares (Aguilar, Sarmiento, Valencia & Romero, 2007a; Navarro, 2003; Ojeda, 2003). Si bien el constructo de BP es controvertido porque se ha explicado desde diversos enfoques, en este trabajo se retomó el planteamiento del Modelo Multidimensional de BP propuesto por Ryff (1989a,b) para estudiarlo con adolescentes mexicanos.

Esta investigación tuvo dos propósitos básicos: analizar la relación entre el nivel de Bienestar Psicológico (BP) de los adolescentes y su percepción de las PP, y examinar las diferencias en el BP de los jóvenes que no reportaron conductas de riesgo y los que sí lo hicieron. Para evaluar el BP se diseñó una escala para adolescentes mexicanos.

El documento está organizado en dos partes: el marco teórico y la investigación; la primera parte consta de cinco capítulos, en el primero de ellos se presenta una revisión de los antecedentes de los constructos de BS y BP, el propósito es mostrar un panorama de los fundamentos y la evolución que han tenido los constructos de felicidad, calidad de vida, satisfacción de vida, bienestar subjetivo y bienestar psicológico; ya que muchas veces estos términos se emplean como sinónimos.

El segundo capítulo se centra en el estudio del bienestar desde la perspectiva de la psicología, al respecto se presenta un panorama general sobre el desarrollo de la investigación de este constructo, desde que en 1967 apareció en el *Psychological Bulletin*, un artículo de Wison (1967) sobre la felicidad y, en 1969 la publicación del libro de Bradburn, titulado: *The Structure of Psychological Well-Being*, que compilaba los trabajos de este investigador acerca de la felicidad. Desde estas fechas hasta nuestros días se identificaron cuatro líneas de trabajo, de las cuales sobresalen las más conocidas y estudiadas empíricamente, que son las perspectivas hedonista y eudemonista (Deci & Ryan, 2000).

En el siguiente capítulo se presenta una reseña de la definición y de las características de la perspectiva hedonista, la cual se ha centrado en el estudio del BS, al respecto se describen sus fundamentos, la manera en que se ha medido y algunos de los factores asociados.

En el cuarto capítulo se analiza la perspectiva eudemonista, particularmente lo relacionado con el Modelo Multidimensional de BP propuesto por Ryff en 1989; al respecto se presenta una revisión de sus antecedentes, sus fundamentos y sus características; además de una descripción de las escalas con las que se ha medido, de los resultados obtenidos acerca de la validez psicométrica del modelo y de las escalas, así como de algunos de los estudios empíricos que han identificado diversos factores asociados al BP (socio-demográficos, biológicos, de personalidad, de eventos de vida y familiares).

El último capítulo del marco teórico se enfoca en la descripción de estudios empíricos publicados a nivel nacional e internacional, que han investigado la relación padres-adolescentes, particularmente los que se han centrado en el papel de las Prácticas Parentales (PP) y su asociación tanto con el BP, como con las conductas de riesgo de adolescentes.

En la segunda parte se describe la investigación, la cual estuvo conformada por dos fases: la Fase I: Diseño y validación de la escala de BP para adolescentes y la Fase II: Relación entre prácticas parentales, BP y conductas de riesgo en adolescentes. Al respecto se presentan los objetivos, el método y los resultados obtenidos.

La discusión de los resultados, las aportaciones y las limitaciones de esta investigación se presentan en el último capítulo, en donde también se plantean las posibles aplicaciones de estos hallazgos para diseñar programas de prevención centrados en el bienestar psicológico, la salud y en general en el funcionamiento positivo de los adolescentes mexicanos.

I. ANTECEDENTES DEL CONSTRUCTO DE BIENESTAR

Los términos felicidad, calidad de vida, satisfacción de vida y bienestar subjetivo y psicológico, se han empleado en muchos escritos como sinónimos o equivalentes por numerosos investigadores de disciplinas como la sociología, la salud mental, la psicología, la antropología y la economía. El propósito de esta sección es presentar una panorámica de la evolución que ha tenido cada uno de estos constructos, además de describir los fundamentos teóricos en los que se basa esta investigación.

1.1 Felicidad

Desde los tiempos de la Antigua Grecia, la felicidad ha sido una de las preocupaciones centrales del ser humano, para Aristóteles la felicidad o eudemonía (Abbagnano, 2004) era el bien supremo del hombre, era lo que acompaña a la realización del fin propio de cada ser vivo, y la alcanzaba cuando realizaba la actividad que le era más propia, de un modo perfecto. Para este filósofo, la felicidad humana tenía que ver más con las actividades del alma que con las del cuerpo y de entre éstas, con aquélla que correspondía al alma racional, que se caracterizaba por considerar el entendimiento o intelecto y la voluntad.

Otra postura filosófica importante generada en Grecia fue el hedonismo, esta doctrina se basaba en la búsqueda del placer y la supresión del dolor como razón de ser de la vida. Se conocen dos escuelas clásicas: la cirenaica y los epicúreos o hedonistas racionales; la primera planteaba que los deseos personales se debían de satisfacer de inmediato, sin importar los deseos de los otros; la segunda fue sustentada por Epicuro de Samos, quien postuló tres tipos de deseos: los naturales y necesarios (alimentarse, abrigo y seguridad), los naturales y no necesarios (la conversación amena, la gratificación sexual, las artes, etc.) y los innaturales e innecesarios (la fama, el poder y el prestigio, entre otros.).

En el campo de la Psicología, aparece en 1967 un artículo sobre felicidad publicado en el *Psychological Bulletin*, y dos años después el libro titulado: *The Structure of Psychological Well-Being*, escrito por Bradburn (1969), en donde describen los resultados de las diversas investigaciones que realizó sobre felicidad.

En el artículo se resumían las dimensiones, los correlatos y las mediciones de diversas investigaciones sobre la felicidad y el estado de ánimo hedonista (Wilson, 1967), resultado de la investigación que realizó el autor para su disertación doctoral. En sus referencias menciona artículos sobre la felicidad, que datan de 1929 y llega a la conclusión de que una persona feliz emergía como: joven, saludable, bien educada, bien pagada, extrovertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con una autoestima alta, con una moral alta en su trabajo, con aspiraciones modestas, de cualquier sexo y con un amplio rango de inteligencia.

Desde la publicación de estos escritos hasta nuestros días, numerosos sociólogos, psicólogos y economistas han estudiado este constructo, publicando diversos artículos sobre la felicidad y la manera de medirla (Kozma & Stones, 1980,1983; Diener, 1984; Myers & Diener, 1995; Diener et al., 1999); Veenhoven, 1991, 1994, 1996, 1999, 2003 y 2005) y varios libros (Kahneman et al., 1999; Lyubomirsky et al., 2005; Frey & Stulzer, 2002; Bruni & Porta, 2007).

Para medir el desarrollo de una nación, los sociólogos y los economistas han considerado indicadores sociales de progreso como el ingreso, la seguridad y la equidad. Para Veenhoven (2005), el desarrollo económico y social de muchos países occidentales en los años setenta, generó no sólo que aparecieran nuevos temas en la agenda de investigación de las ciencias sociales como: calidad de vida y bienestar, sino que además permitió el resurgimiento del concepto de felicidad. Desde su punto de vista, en las últimas décadas ha habido un avance significativo en el desarrollo de conceptos sustantivos y en la acumulación de evidencia empírica sobre este constructo. En general considera que la producción

científica ha tratado de dar respuesta a 5 preguntas clave: 1) ¿Qué es la felicidad?, 2) ¿Cómo puede medirse?, 3) ¿Qué tan feliz es la gente en nuestros días?, 4) ¿Qué causa ser felices o infelices, y 5) ¿Puede mantenerse la felicidad durante largo tiempo? Dado que la felicidad ha sido considerada como un indicador del constructo “calidad de vida”, señala que para responder estas preguntas es necesario:

a) Establecer de *qué vida* se está hablando (colectiva o individual), ya que no es lo mismo la vida individual, que la de un grupo determinado o la de una población de una ciudad.

b) Determinar de *cuál calidad de vida* se está hablando, para hacerlo se debe distinguir si la connotación es “objetiva” o “subjetiva”; es objetiva cuando se emplean estándares explícitos de buena vida, valorados por un observador imparcial, y es subjetiva cuando se emplean autovaloraciones basadas en criterios como creencias o sentimientos personales. Para este investigador, la valoración de ambas connotaciones en el campo de la salud generalmente tiene las mismas metas, la diferencia, a su juicio, está en los medios que se emplean para evaluarla. Considera que tradicionalmente la palabra “objetivo” implica una verdad incuestionable, a diferencia de “subjetivo” que describe una interpretación arbitraria.

3) Identificar *con qué* estándares se valora, de entre los que la literatura sobre el tema considera están: las oportunidades de vida, los resultados o consecuencias de vida y las cualidades externas e internas. Las oportunidades de vida pueden fallar o no ser aprovechadas, de igual manera las personas pueden obtener muy buenos resultados aún teniendo pocas oportunidades. Estas discrepancias marcan lo que desde su punto de vista es la diferencia entre potencialidad y realidad. Las cualidades pueden ser externas, cuando están en el medio ambiente o internas cuando están en la persona; esta distinción es muy usada en política y en salud pública.

Veenhoven (2005) identifica cuatro calidades de vida que representa en una matriz cuádruple (ver tabla 1), en la que considera las oportunidades y consecuencias de vida y las cualidades internas y externas. La primera calidad de vida está referida a las oportunidades externas que se le presentan a la persona en su ambiente y que él denomina: vidabilidad (*livability*) del ambiente. La segunda es: la habilidad para la vida, es decir las capacidades internas del individuo para obtener provecho de éstas. La tercera es: la utilidad de vida, en la cual se relacionan las consecuencias de vida con las cualidades externas que están en el entorno. Por último se encuentra: el goce de la vida que se caracteriza porque relaciona las consecuencias de vida con las cualidades internas de la persona, lo que le permite apreciarla. Para este investigador, la valoración de las oportunidades ambientales se mide explorando *la vidabilidad*, las capacidades individuales con la *habilidad para la vida*, el valor externo de una vida con la *utilidad de la vida* y la valoración interna de los resultados es el *gocce o la apreciación de la vida*.

Tabla 1

Cuatro calidades de vida (Veenhoven, 2005. p.21)

	<i>Cualidades externas</i>	<i>Cualidades Internas</i>
Oportunidades de vida	Vidabilidad del ambiente	Habilidades para la vida de la persona
Resultados o consecuencias de vida	Utilidad de la vida	Goce de la vida

Desde la perspectiva de Veenhoven, cada uno de estos términos ha sido empleado en diversos contextos con otros significados por médicos, psicólogos, sociólogos y economistas. De entre los que se han empleado para referirse a la *vidabilidad* están: calidad de vida, bienestar, prosperidad e incluso nivel de vida. La *habilidad de vida*, que como se mencionó anteriormente se refiere a los recursos personales con los que cuenta la persona, ha sido llamada calidad de vida, bienestar, salud positiva y/o negativa e incluso salud emocional, el término más reciente ha sido el de inteligencia emocional y se usa para incluir la

adquisición de nuevas habilidades desde la perspectiva de desarrollo. *La utilidad de vida* ha sido denominada significado de la vida y ha estado relacionada con valores superiores, con una vida virtuosa e incluso como la esencia de la felicidad verdadera. *El goce de la vida* comprende los resultados internos de la persona y tradicionalmente se ha hecho referencia a este goce con términos como bienestar subjetivo, satisfacción de vida y felicidad. Para este investigador, el goce subjetivo también tiene diversos significados asociados a la palabra felicidad, e identifica dos dicotomías: aspectos de la vida *versus* la vida como un todo y el disfrute momentáneo *versus* la satisfacción perdurable. En la tabla 2 se muestra una matriz cuádruple en la que combina aspectos específicos de la vida, la vida como un todo y la diferencia entre lo pasajero o momentáneo y lo duradero. Al respecto identifica cuatro goces de vida: 1) la *satisfacción instantánea* que se refiere a la satisfacción por una acción realizada o por una experiencia particular. 2) *Las satisfacciones de dominio*, que dependen de un flujo continuo de satisfacciones instantáneas, que tienen continuidad por sí mismas. 3) *Las experiencias máximas* que involucran sentimientos muy intensos de corto plazo y la percepción de totalidad. 4) *La satisfacción con la vida* que combina las satisfacciones duraderas con la vida como un todo.

Tabla 2

Cuatro goces subjetivos (Veenhoveen, 2005 p. 26)

	Pasajero	Duradero
Aspectos de la vida	Satisfacción instantánea (utilidad instantánea)	Satisfacción de dominio
Vida como un todo	Experiencia máxima	Satisfacción de la vida (felicidad)

Acorde con esta línea de análisis define a la felicidad como “el grado en el cual un individuo evalúa la calidad global de su vida presente como un todo de manera positiva”, indicando qué tanto le agrada la vida que tiene (Veenhoven, 2005, p. 27).

La medición de la felicidad ha estado en función de las definiciones de qué es lo que se quiere evaluar, medir la opinión que tiene una persona sobre algún

aspecto de su vida implica un juicio en el que debe valorar la percepción de su desempeño y de la situación que le demandan.

La *World Database of Happiness, Continuous Register of Scientific Research on Subjective Enjoyment of Life*, es la base de datos de una investigación dirigida por Veenhoven sobre el goce subjetivo de la vida, cuenta con registros continuos de 155 países, para explicar las diferencias entre países se han vinculado los promedios de felicidad de cada nación con algunas de sus características, como el desarrollo económico y el régimen político.

A pesar de que el constructo de felicidad se ha estudiado por muchos investigadores de diversas disciplinas sigue siendo un término ambiguo sin referente teórico que lo sustente y sin lograr un consenso en su definición. Sin embargo, algunos investigadores (Samman, 2007) han integrado alguno de los instrumentos de evaluación que lo miden (Bradburn, 1969; Veenhoveen, 1996, 2003) para considerarlo como un indicador de constructos más amplios como la calidad de vida y el bienestar.

1.2 Calidad de vida.

En la sección anterior se presentó la postura de Veenhoven sobre su visión del concepto de felicidad y su relación con el término calidad de vida (CV). En este apartado se presenta el punto de vista de varios investigadores que, desde diversos campos de conocimiento como la economía, la medicina y la psicología han tratado de definir y medir este constructo.

El término CV ha sido utilizado por economistas y sociólogos desde hace varios años para evaluar el nivel económico y social de muchas naciones. Los indicadores empleados por excelencia para medirla han sido el Producto Interno Bruto (PIB), el Índice de Pobreza Humana (IPH) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Algunos autores como Nussbaum y Sen (2002) han cuestionado el hecho de que los criterios utilitarios y económicos sean verdaderamente importantes para determinar el florecimiento humano. Desde su punto de vista también es necesario saber qué hacen las personas con sus vidas y qué tan capaces son de conducirse

individual, familiar y socialmente, por lo que es importante saber de su salud, de su satisfacción en el trabajo, de la disponibilidad y la naturaleza de los servicios médicos y educativos a los que tienen acceso, de las libertades, los derechos y las obligaciones legales que tienen como ciudadanos.

En el área médica, la CV se enfoca en los aspectos relacionados con la recuperación y el mantenimiento de la salud física. Los objetivos se han centrado en la evolución de la CV de las personas que han sido afectadas por alguna enfermedad y por los tratamientos para aliviarlos; su objetivo ha sido intervenir para prevenir, curar o mejorar una enfermedad, reduciendo el sufrimiento y la incapacidad, para restablecer y/o prevenir la pérdida del funcionamiento normal o de la vida. De esta manera en medicina y en el cuidado de la salud, tradicionalmente la CV se ha medido valorando las disfunciones de los pacientes. Brock (2002) considera que es importante tomar en cuenta que en la literatura médica y en las políticas de salud, la CV se emplea poco debido a que se utilizan otros conceptos como el de salud y el de bienestar.

En el Informe Compendiado de Promoción de la Salud publicado por la OMS (2004), se señala que este organismo define la calidad de vida como “la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes”. En dicho informe se plantea que la salud mental puede considerarse un recurso individual que contribuye a la calidad de vida de la persona y que de acuerdo con los eventos determinados por la sociedad, ésta puede incrementarse o reducirse.

Desde la década de los 80 se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar la CV de diversas poblaciones que sufren o han presentado alguna enfermedad. En la actualidad la evaluación de la salud debe contemplar las capacidades físicas, mentales y sociales, además de considerar que dicha valoración se basa en la percepción que tienen los individuos respecto a su posición en la vida, en el contexto de su cultura, en sus valores y en la relación

que tienen con sus metas, sus expectativas y preocupaciones. Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) realizaron un estudio en el que analizaron 126 instrumentos diseñados para valorar la CV de diversas poblaciones, los cuales fueron clasificados en cuestionarios: genéricos, para evaluar la calidad de vida en adultos, niños y adolescentes y específicos, para valorar la CV en adultos, niños y adolescentes con una enfermedad en particular. Concluyeron que aunque la valoración de la CV es reciente, los problemas metodológicos que se han presentado se han estado resolviendo, por lo que consideran que existe un buen número de instrumentos validados para diversas enfermedades y poblaciones.

Desde la perspectiva de la Psicología, en nuestro país, investigadores como Reig y Garduño (2005) han propuesto una mecánica probable que siguen los procesos cognoscitivos asociados a la evaluación de la calidad de vida de una persona. Para hacerlo retoman la definición que ofrece Dorsch (1985) sobre este constructo, en donde lo describe como: un criterio sumario de valoración y optimización con el que se juzga en qué medida las circunstancias de la vida son satisfactorias o susceptibles de mejora. Con base en esta definición identificaron cuatro acciones que, desde su punto de vista, realizan las personas al evaluar su propia vida: 1) percepción de las circunstancias, 2) una evaluación de las mismas, 3) una evaluación personal sobre satisfacción y 4) una evaluación de su posible mejora.

Otro planteamiento dentro de esta perspectiva es el punto de vista de Arita (2005), quien integra los enfoques de las disciplinas de las ciencias sociales que han trabajado con este constructo para conformar un marco teórico que permita explicar la percepción de la CV de las personas, de manera que tome en cuenta tanto la subjetividad de la evaluación de vida como los aspectos objetivos de ésta. Para esta investigadora la CV comprende: 1) la percepción subjetiva de la persona sobre su vida, conformada tanto por opiniones cognitivo-afectivas, como por ideas o creencias respecto de sus condiciones y de sus capacidades, las cuales se han ido almacenando e incorporando a lo largo de su existencia; y 2) las oportunidades del medio para desarrollarse, que están mediadas por las capacidades objetivas

que resultan de su desempeño (educación, ingreso y salud). Con base en estos planteamientos considera que los factores que subyacen a la percepción son:

- 1) las condiciones objetivas y utilitaristas de vida,
- 2) las capacidades o habilidades que permiten enfrentar los desafíos y que se reflejan en el bienestar psicológico, y
- 3) el bienestar subjetivo, referido a la satisfacción de diversas valoraciones de la vida y a la felicidad sentida, que comprende lo cognitivo-afectivo del bienestar experimentado.

Garduño y de la Garza (2005) diseñaron un instrumento para evaluar la CV de estudiantes universitarios, identificando 12 dimensiones de este constructo, concluyeron que además de los aspectos que tradicionalmente se valoran (salud, educación o ingreso), deben incluirse otros tales como el capital social y el medio ambiente; sin embargo, agregan que la decisión para incluirlos dependerá de los valores del grupo evaluado, ya que las dimensiones identificadas serán pertinentes sólo para ese grupo. Con base en sus hallazgos, consideran que el estudio de la CV es relativo a cada grupo específico, en un momento determinado, por lo que la investigación sobre dicho constructo deberá considerar el nivel individual y social.

En este trabajo se asume que la evaluación de la CV implica emitir un juicio sobre la valoración que hace una persona de las condiciones de diversos aspectos de su vida en un momento determinado. Para hacerlo se pueden considerar: a) indicadores objetivos y subjetivos (opiniones cognitivo-afectivas e ideas o creencias sobre sus condiciones y sus capacidades), b) las condiciones del medio para desarrollarse y 3) sus capacidades o recursos personales (educación, ingreso y salud). Con respecto a los factores que subyacen a esta percepción se retoma el punto de vista de Arita (2005), quien señala que éstos son: 1) las condiciones objetivas y utilitaristas de vida, 2) las capacidades o habilidades que permiten enfrentar los desafíos y que se reflejan en el bienestar psicológico, y el bienestar subjetivo, referido a la satisfacción de diversas valoraciones de la vida.

II. EL ESTUDIO DEL BIENESTAR

El término bienestar se emplea frecuentemente en: economía, sociología, salud y psicología; desde la perspectiva de cada una de estas disciplinas, la palabra tiene connotaciones diferentes; por ejemplo, los sociólogos y economistas trabajan con el constructo de bienestar social, que comprende el conjunto de valores que contribuyen a la CV de las personas y que les permiten tener acceso a la tranquilidad y a la satisfacción, reconocen que es un constructo abstracto, no observable, que tiene una alta carga de subjetividad pero que también está correlacionado con algunos indicadores objetivos. En estas disciplinas, el término bienestar subjetivo se emplea como sinónimo de felicidad y de satisfacción de vida y su propósito es valorar la cantidad de bienestar que las personas dicen tener.

2.1 El bienestar en el campo de la salud.

En el campo de la salud, hace ya más de 50 años que la OMS amplió el concepto de salud para definirlo como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. Esta nueva concepción marcó un giro en la aproximación al cuidado de la salud, en el tratamiento de la enfermedad y en la valoración de la calidad de vida, ya que permitió incorporar la influencia que ejerce en el ser humano su estado de ánimo, sus intereses, sus estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo con las que cuenta. La meta desde esta perspectiva no sólo debe ser combatir la enfermedad sino promover el bienestar personal (Schwartzmann, 2003). Este enfoque en el que se hace énfasis en la ausencia de enfermedad fue asumido también por la OMS para el término de salud mental; sin embargo, dada la diversidad de posturas, esta organización no ha adoptado una definición ya que reconoce los diversos aspectos: culturales, sociales y subjetivos que la pueden influenciar.

Aunque la OMS no establece una definición, si asume que la salud mental implica un estado de bienestar, en el que la persona conoce sus aptitudes, afronta las presiones de la vida, trabaja productivamente y contribuye con su comunidad (OMS,2001).

2.2 El bienestar en psicología.

En psicología, la conceptualización y el estudio del constructo de bienestar se han centrado en su carácter subjetivo. La psicología cognitiva ha hecho énfasis en la importancia de los procesos mentales como determinantes causales de la conducta (Reeve, 2003). La selectividad y la subjetividad son atributos naturales o intrínsecos de la percepción humana y son las principales causas de variación en el comportamiento humano, ya que las imágenes mentales constituyen representaciones selectivas de objetos, eventos o problemas de la realidad impregnadas de afecto, las cuales están conformadas por las experiencias y los marcos de referencia de la persona (Díaz-Guerrero & Szalay, 1993). Para González Rey (2006), la subjetividad puede ser definida como un sistema de sentidos y configuraciones que abarca varias áreas de la vida de la persona en una misma configuración, de manera que el sentido subjetivo representa una definición ontológica susceptible de captar la existencia humana en sus diversas formas de actividad, para convertir el conocimiento individual en una dimensión inseparable del conocimiento social e institucional.

Las primeras investigaciones sobre bienestar en el campo de la psicología se centraron en el constructo de felicidad (Bradburn, 1969; Wilson, 1967). Como resultado de sus investigaciones sobre felicidad en la década de los 60's, Bradburn (1969) sugirió que en lugar de traducir el término *eudemonía* como *felicidad*, se empleara un término más neutral como *bienestar*. Para explicar su estructura propuso un *Modelo de Bienestar Psicológico*, que comprendía las dimensiones de afecto positivo y negativo, además de una escala del balance afectivo para medir estas dimensiones.

En 1974 se incorporó el término de Bienestar Subjetivo (BS) en los índices del *Psychological Abstracts International*, gracias a la publicación de una gran cantidad de artículos sobre este tópico en la revista *Social Indicators Research* (Anguas, 1997). Desde esos tiempos a la fecha se ha generado una gran cantidad de investigación sobre lo que se convirtió en un nuevo campo de estudio de la psicología (Diener et al., 1999).

Algunos investigadores (Deci & Ryan, 2000; Keyes, 2007; Page & Vella-Brodick, 2009; Waterman, 1993) han identificado dos tendencias o tradiciones en el estudio sobre bienestar, la primera basada esencialmente en el punto de vista hedonista, cuyo foco central ha sido la felicidad, el balance entre afecto positivo/negativo y la satisfacción de vida, y la segunda relacionada con la tendencia eudemonista del ser humano, en donde se considera al bienestar como la búsqueda y el logro de la auto-realización y la significación personal, de la auto-actualización y de la auto-determinación.

De entre los principales investigadores que han trabajado sobre la tendencia eudemonista están: Deci y Ryan (2008), Ryff (1989a,b), Ryan y Deci (2000) y Waterman, (1993). En 1989, Ryff hizo varios cuestionamientos al trabajo realizado hasta ese momento sobre el constructo de BS, argumentando que el Bienestar era algo más que sentirse bien, propuso un modelo multidimensional de Bienestar Psicológico (BP) centrado en la realización del ser humano.

Waterman (1993) realizó dos estudios con estudiantes universitarios y de preparatoria para investigar los aspectos convergentes y divergentes de las dos perspectivas (hedonista y eudemonista), sus análisis mostraron diferencias significativas entre las dos, si bien estaban correlacionadas, eran distintas.

En 2001, Ryan y Deci publicaron una revisión de la investigación que se había hecho hasta ese momento sobre bienestar, al respecto identificaron dos perspectivas o tradiciones distintas pero que confluían: la aproximación hedonista centrada en la felicidad, que definía el bienestar como la obtención del placer y la evitación del dolor; y la aproximación eudemónica que se centraba en el

significado y la auto-realización y que explicaba el bienestar en términos del grado en el que una persona funciona totalmente. Desde su punto de vista, la perspectiva eudemónica no sólo trataba de marcar una diferencia con el concepto de felicidad estudiado por Bradburn (1969) y por Diener (1984) y sus colegas, sino que además planteaba que no todos los deseos o vivencias, ni los resultados placenteros que logra una persona generaban bienestar. Para ellos, el concepto de bienestar se refería a la experiencia y al funcionamiento psicológico óptimo, por lo que la teoría de la Autodeterminación (TAD) era otra aproximación que adoptaba el concepto de eudemonía o auto realización como un aspecto central para definir el bienestar; además de intentar especificar lo que significaba actualizar el self y cómo lograrlo. En su análisis (Ryan & Deci, 2001) marcaron las semejanzas y diferencias con el modelo multidimensional de BP propuesto por Ryff (1989a,b; Ryff & Singer, 1998); dentro de las semejanzas estaba el concordar plenamente con la concepción de Rogers que consideraba el bienestar como el funcionamiento total del ser humano, así como el ser autónomo, competente y estar vinculado, sin embargo diferían con Ryff, ya que en el modelo multidimensional estos conceptos eran empleados para definir el BP, pero en su TDA, la autonomía, el ser competente y las habilidades de vinculación con otros eran los principales factores que lo impulsaban.

Otra línea de trabajo sobre BP es la que han seguido diversos investigadores que han trabajado sobre este constructo pero sin recurrir a las explicaciones aportadas por estas dos tradiciones, en sus trabajos no definen el bienestar psicológico pero utilizan instrumentos que miden constructos como autoestima, auto-concepto, control percibido y auto-eficacia, como indicadores de bienestar (Bizumic, Reynolds, Bromhead & Subasic, 2009; Haslam, Jetten, Postmes & Haslam, 2009; Outten, Schmitt, García & Branscombe, 2009).

Una cuarta línea de trabajo se ha desarrollado en el área de la Salud en los Estados Unidos. Desde hace casi dos décadas, un grupo de investigadores y legisladores de políticas públicas ha trabajado en el establecimiento, la medición y la sistematización de datos sobre indicadores sociales de bienestar en los niños y

adolescentes. Como resultado de este trabajo se han realizado estudios longitudinales que han aportado información sobre algunos de los factores que influyen en el bienestar desde los primeros años hasta la adultez. El campo de los indicadores sociales es muy diverso y ha involucrado a investigadores de diversas disciplinas, generando amplias discusiones entre investigadores, profesionales y miembros de las comunidades. Cada grupo ha manejado sus propios marcos de referencia y su terminología para abordar el bienestar de los niños y los adolescentes, lo que ha generado dificultades de comunicación (Brown, 2008).

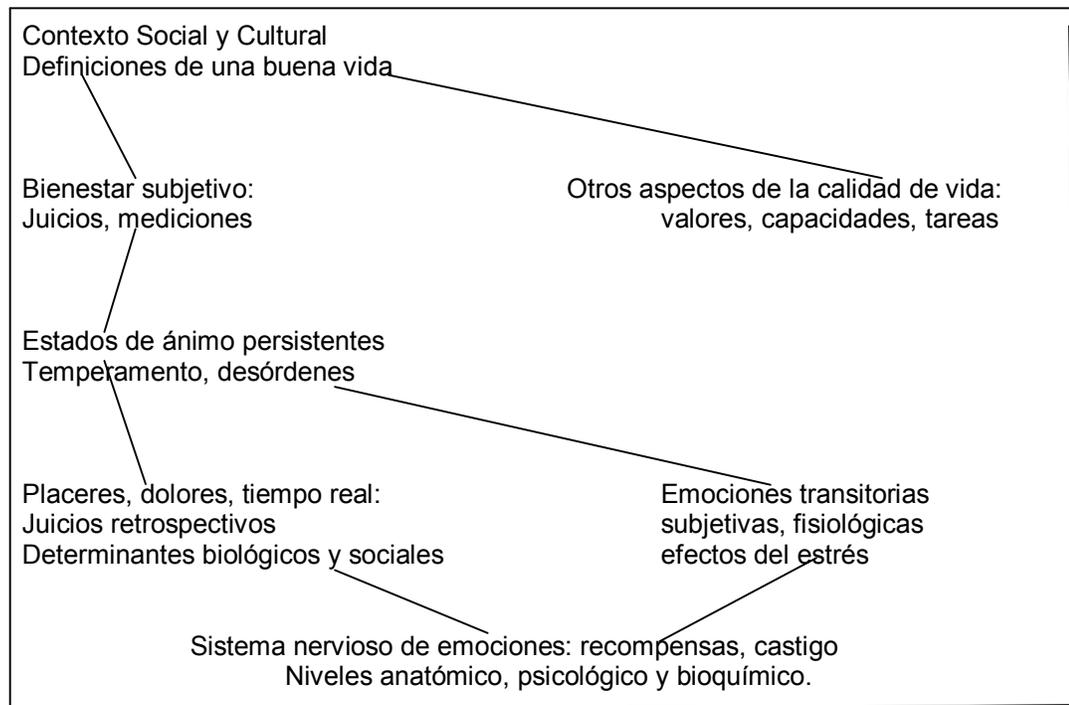
Dado que en Psicología las perspectivas: hedonista y eudemonista sobre el estudio del bienestar han sido motivo de una amplia investigación, en este trabajo se describe el desarrollo que ha tenido cada una de ellas.

III. LA PERSPECTIVA HEDONISTA: EL BIENESTAR SUBJETIVO

3.1 Definición y características

En 1999 Kahneman, Diener y Swarz anunciaban en el prefacio de su libro *Well-being: the Foundations of Hedonic Psychology*, la existencia de un nuevo campo de la psicología, que ellos denominaron la Psicología Hedonista, la cual estaba dedicada al estudio de lo que hace que las experiencias de vida sean agradables o desagradables. Para estos investigadores el campo estaba relacionado con sentimientos de placer y dolor, de interés y aburrimiento, de alegría y de pena y de satisfacción e insatisfacción, así como de todo el rango de circunstancias (biológicas y sociales) que provocan sufrimiento y alegría. El término “hedonista” fue empleado de una manera amplia para incluir tanto niveles de análisis psicológico como estados de conciencia. El alcance del campo incluía diversos niveles de lo que es una “buena vida” (véase Figura 1).

Figura 1. Niveles de la calidad de vida (Kahneman, Diener & Swarz, 1999).



En este sentido, consideraron que cualquier evaluación de la CV debería estar inmersa en el contexto social y cultural tanto del sujeto como del evaluador. El análisis debería contemplar puntos de vista alternativos de lo qué es una buena vida, además de otros aspectos de ésta como algunas características objetivas de la sociedad (pobreza, tasa de criminalidad, etc.). El BS implicaba un componente de juicio y comparación con los ideales, las aspiraciones de otras gentes y con su propio pasado. En un nivel inferior al del bienestar ubicaron los estados de ánimo, influidos por las características de la persona. En el siguiente nivel ubicaron los estados afectivos de placer y dolor, así como las emociones transitorias, finalmente en el último nivel estarían: el sistema nervioso, las hormonas y los neurotransmisores que regulan el sistema motivacional con los cuales las respuestas afectivas de todos los niveles están asociadas.

El campo de estudio del BS comprende el análisis científico de la valoración que hace la gente de sus vidas, tanto en el momento actual como en periodos largos de tiempo como el año pasado. La evaluación incluye variables cognitivas y afectivas (positivas y negativas), identificando los tres componentes clave antes mencionados: 1) altos niveles de afecto positivo, 2) bajos niveles de afecto negativo y 3) una evaluación de la satisfacción con la vida como un todo. Dependiendo del interés del investigador, cada uno de estos componentes puede fragmentarse y estudiarse por separado. Por ejemplo, la satisfacción global puede dividirse para valorar sólo alguno de los diversos aspectos de la vida como la satisfacción en el matrimonio, en el trabajo o en la amistad; los afectos positivos pueden dividirse en emociones específicas como el afecto, el orgullo o la alegría; los afectos negativos en emociones y estados de ánimo como la culpa, la pena la tristeza y la ansiedad (Diener, Suh & Oishi, 1997; Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Desde hace ya varios años, algunos investigadores del campo del BS (Diener, 1984; Diener et al., 1997) identificaron varias características centrales, la primera de ellas se refiere a la amplitud del campo, que va de la agonía al éxtasis, es decir, que cubre tanto los estados indeseados como la depresión y la desesperanza, hasta los factores que permiten diferenciar claramente a las

personas moderadas y extremadamente felices. La segunda tiene que ver con la naturaleza subjetiva del bienestar, es ampliamente conocido que el BS se describe en términos de la experiencia interna de la persona, en otras palabras lo que se mide es la perspectiva personal del individuo, es decir las creencias de la persona acerca de su propio bienestar, y es justamente debido a esta característica que el BS no puede emplearse como una definición de salud mental, ya que una persona con un trastorno o desorden puede percibirse a sí misma como feliz pero no estar mentalmente sana. La última característica se enfoca en el interés que tienen los investigadores de este campo en la manera en que el tiempo afecta los estados de ánimo, tanto a largo plazo, como en el momento en que se hace la valoración; el ánimo de las personas puede variar con cada evento nuevo, en otras palabras lo que hace feliz a una persona en un momento determinado puede no ser el mismo evento que le produce BS a largo plazo, por lo que los investigadores están más interesados en los sentimientos duraderos que en las emociones fugaces.

Con relación a las teorías que sustentan el BS, en 1997 Anguas identificó seis enfoques teóricos para definir las propiedades generales del BS y la relación con sus correlatos, los enfoques que identificó fueron: el Enfoque Sumativo Ponderado (Bottom-Up), el Enfoque Multiplicativo (Top-Dow), el de la Personalidad, el Télico (Telic), el de Juicios por Comparación (Judgment Theories) y el de las Teorías de la Actividad (Activity Theories). De acuerdo con esta autora cada uno de estos enfoques representa una meta-teoría subyacente del constructo y proporciona las bases para diferenciar entre las formulaciones específicas, las teorías y los modelos (Anguas, p.16). Con respecto a los aportes teóricos y después de analizar los resultados de la investigación generada a lo largo de 30 años, Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) concluyeron que la contribución más importante en este periodo era la comprensión de que los factores externos (bottom-up) eran responsables de sólo una pequeña parte de la varianza de BS. Desde su punto de vista, los modelos teóricos habían sido desarrollados en distintas áreas para explicar cómo los factores internos de la persona moderaban y mediaban el impacto del medio ambiente en el BS de las personas.

Con el propósito de mostrar el impacto que el afecto positivo puede tener en las personas exitosas y felices, Lyubomirsky et al. (2005) realizaron una investigación en donde obtuvieron evidencia de tres tipos de estudios: transversal, longitudinal y experimental. Los resultados sugieren que el afecto positivo es el sello distintivo del bienestar y tal vez la causa de que muchas características, recursos y conductas exitosas estén correlacionados con el constructo de felicidad.

Headey (2008) considera que una buena teoría de la felicidad o del BS requiere vincular tres conjuntos de variables: 1) características estables de las personas (rasgos de personalidad), 2) eventos de vida y 3) medidas de BS (satisfacción de vida, afecto positivo). Pero además debe estar basada en datos tomados en largos periodos de tiempo para dar cuenta de los cambios del BS a largo plazo.

3.2 Medición

La estructura del BS, basada en la satisfacción de vida (juicio global de la propia vida), la satisfacción con importantes dominios de la vida (satisfacción en el trabajo, en el matrimonio, etc.) y el balance entre un alto nivel de afecto positivo y bajos niveles de afecto negativo, ha sido confirmada por diversos estudios (Arthaud-Day, Rode, Mooney & Near, 2005; Bradburn, 1969; Lucas, Diener & Shu, 1996) y reconocida por diversos investigadores (Diener, 2000; Keyes et al., 2002; Samman, 2007).

La investigación en este campo y la medición de los componentes que lo integran se ha centrado en auto-reportes, en donde las personas que responden juzgan y evalúan el nivel de su satisfacción de vida y la frecuencia tanto de sus emociones positivas como negativas. En general los instrumentos pretenden identificar la percepción que sobre estos aspectos tienen las personas. Para valorar afecto positivo y negativo se han empleado diversas escalas (Lyubomirsky et al., 2005), de entre las más conocidas están: la Escala de Balance de Afecto de

Bradburn (1969) y la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS, por sus siglas en inglés) de Watson, Clark y Tellegen (1988).

Otro instrumento muy usado es la escala de Satisfacción con la Vida desarrollada en 1985 por Diener, Emmons, Larsen y Griffin, la cual fue revisada y reducida a cinco preguntas por Pavot y Diener en 1993. Esta escala es gratuita y puede ser empleada sin autorización de los autores, por lo que ha sido ampliamente utilizada en diversas investigaciones para: valorar sus propiedades psicométricas demostrando su validez y confiabilidad al emplearse en diversos países y culturas (Diener et al., 1999) y para relacionarla con otros constructos como personalidad, familia, cultura (Diener et al., 2003; Joronen & Astedt-Rurki, 2005; Navarro, 2003; Ojeda, 2003; Steel, Schmidt y Shultz, 2009). Debido al creciente interés por conocer el BS de los adolescentes, Gilman y Huebner (2009) hicieron una revisión de las propiedades psicométricas de diversos instrumentos dirigidos a medir la satisfacción con la vida de esta población.

Las escalas de auto-reporte diseñadas para medir los componentes del BS generalmente se correlacionan con otros instrumentos y convergen con otros métodos de valoración de BS. Sin embargo, para Diener et al., (1999) las propias limitaciones de los auto-reportes (respuestas y recuerdos sesgados, actitudes defensivas) han llevado a los investigadores a trabajar en el desarrollo de otras formas de medición como: las entrevistas, el método de experiencias muestra, los registros observacionales sobre expresión del afecto en escenarios naturales, y las mediciones electrofisiológicas como los electroencefalogramas y los registros faciales electromiográficos. Para estos autores, otro aspecto importante de la evaluación del BS es la consideración del tiempo; es decir, la distinción entre las mediciones hechas en el momento y las realizadas por reportes globales de periodos más largos de tiempo, las cuales están basadas en la memoria. Esta distinción es importante debido a los sesgos que pueden existir cuando la valoración del momento se traduce en un reporte global.

Schwarz y Strack (1999) revisaron los procesos cognitivos y de comunicación que subyacen a los reportes de felicidad y satisfacción de vida, desde su punto de vista estos reportes no reflejan un estado estable de bienestar, son juicios que las personas hacen en ese momento y lugar y están basados en la información cronológica o temporal a la que tuvieron acceso. La manera en que la información acerca de la vida de una persona afecta su juicio depende de su estado de ánimo y de la manera en cómo la use, es decir, de si emplea una representación mental de la vida como un todo o sólo de algún evento en específico; o si lo hace en referencia a un estándar de comparación.

Debido al hecho de que diferentes métodos de medición pueden producir diferentes puntajes, Diener (2000) sugirió a los investigadores emplear una batería que incluyera diversos tipos de medidas como los reportes de los amigos y familiares, y de ser posible observaciones naturalistas; además de incluir mediciones de ambos tipos de afecto: positivo y negativo.

3.3 Factores asociados al BS

El estudio científico acerca del BS ha proporcionado abundante evidencia de la influencia que ejercen diversos factores en el BS. En general la investigación ha demostrado que muchas de las características y los recursos que la sociedad valora correlacionan con las mediciones de felicidad (Lyubomirsky et al., 2005). Algunos de los determinantes del bienestar se han ligado con la herencia, con las condiciones cambiantes de vida, con los rasgos de personalidad como la extraversión, el neuroticismo. Pero también con la autoestima, las circunstancias de la vida y las variables culturales (Diener et al., 2003).

Con el propósito de refinar la relación entre personalidad y BS, Steel, Schmidt y Shultz (2009) realizaron un análisis de más de 80 artículos que incluían medidas de personalidad y de BS, sus resultados no sólo confirmaron que la personalidad está relacionada con el BS, sino que esta relación era mucho más fuerte de lo que se sabía con revisiones anteriores.

En México, desde hace algunos años se han realizado diversos estudios sobre calidad de vida y BS, de entre éstos está el de Palomar (1995), quien elaboró una escala para evaluar la calidad de vida de la población de la ciudad de México, en este trabajo la autora equipara el constructo de calidad de vida con el de BS.

Otro estudio es el de Anguas (1997), quien con base en la teoría de Diener y empleando la técnica de redes semánticas, realizó una investigación para validar el significado de BS con habitantes de la ciudad de México, de entre 15 y 46 años. Un año después Anguas y Reyes-Lagunes (1998) publicaron los resultados de este estudio, en el que reportaron el diseño y la aplicación de una escala para conocer el significado, las dimensiones, las características y las conductas presentes de este constructo, en sus conclusiones señalaron que el modelo teórico desarrollado por Diener resultó válido para la muestra que estudiaron, una vez que realizaron algunas modificaciones de tipo cultural. La escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo (Anguas & Reyes-Lagunes, 1998) estuvo conformada por dos sub-escalas: una que valora la Experiencia Emocional y la otra la Satisfacción de Vida.

Algunos de los resultados obtenidos con esta escala en estudios realizados en nuestro país (Anguas, 2005), señalan que las mujeres reportaron con mayor frecuencia niveles más altos de afecto positivo, además de puntajes más elevados de BS. Las mujeres también se mostraron más satisfechas en los distintos aspectos evaluados en satisfacción con la vida y experimentaron con mayor frecuencia e intensidad el afecto positivo y negativo. Algunas de las conclusiones de esta investigadora indican que en la cultura mexicana los factores positivos de la experiencia emocional (afectividad, esperanza, hedonismo emocional y éxito) se mantienen constantes a lo largo de la vida con puntajes moderadamente elevados y en algunos casos se incrementan. Desde su punto de vista, estos resultados sugieren que los miembros de la cultura mexicana pertenecen a una sociedad colectivista sociocéntrica, en la que la familia y la expresión de amor, cariño, afecto, alegría y felicidad, constituyen características culturales importantes.

De entre las investigaciones en las que se ha empleado esta escala para valorar el BS están: la de García (1999) que relacionó el BS y el locus de control en jóvenes de 15 a 21 años; la de Laborin y Vera (2000) con población del estado de Sonora, en donde se relacionó el BS con locus de control y enfrentamiento, encontrando que las personas que se perciben más satisfechas con su vida tienen un estilo de enfrentamiento activo y un locus de control interno, y la de Vera, Hernández y Garza (2008) con una población tsotsil, en el cual se analizó el BS, la orientación al logro y el auto-concepto, sus resultados indicaron que la media de satisfacción con la vida para las dimensiones que se relacionan con colectivos sociales fueron altas, a diferencia de las de orientación al logro que resultaron menores.

El BS ha sido uno de los constructos más estudiados, los avances para definirlo y comprender su estructura, para identificar los elementos que lo determinan y los factores con los que se correlaciona han sido importantes, sin embargo y a pesar de los acuerdos no se ha logrado un consenso, pues todavía hay muchos aspectos por identificar.

Con base en la revisión anterior y en las investigaciones desarrolladas en nuestro país para validar el significado de BS, en este trabajo se considera que los componentes del BS son: un moderado o elevado grado de satisfacción con la vida y el balance entre altos niveles de afecto positivo y bajos niveles de afecto negativo.

IV. LA PERSPECTIVA EUDEMONISTA: EL MODELO MULTIDIMENSIONAL DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

4.1 Definición y características

En 1989, Carol Ryff publicó dos trabajos, en el primero revisó críticamente las formulaciones de lo que, hasta ese momento, había sido interpretado como las ganancias de una larga existencia y propuso un Modelo Integrado de Desarrollo Personal que comprendía el planteamiento de varios teóricos acerca del funcionamiento positivo de las personas en la edad adulta y en la vejez. En el segundo, cuestionó los estudios y las mediciones desarrollados hasta ese momento sobre Bienestar (Bradburn, 1969; Diener, 1984), además de describir y evaluar la multidimensionalidad de su propuesta. Enseguida se revisan con mayor detalle los aportes de estos trabajos:

Con relación a los estudios de envejecimiento planteó cuatro críticas centrales (Ryff, 1989a):

- 1) La ausencia de un marco teórico que sustentara las dimensiones del bienestar con base en índices de funcionamiento positivo, la omisión de investigación aplicada en gerontología social, el descuido de la teoría para definir constructos que guiaran las mediciones empíricas y por ende problemas de validez de los instrumentos empleados.
- 2) El negativismo implícito en muchas de las aproximaciones al envejecimiento exitoso, es decir énfasis en mediciones de malestar (ansiedad, depresión y soledad, entre otros) y no de bienestar; de manera que estas investigaciones equiparaban al bienestar con ausencia de enfermedad.
- 3) La falta de atención que los estudios previos habían prestado a los recursos y desafíos de las personas en la vejez, y a las posibilidades de continuar creciendo y desarrollándose en los últimos años.

4) El poco énfasis en el reconocimiento de que las concepciones de bienestar son construcciones humanas, que están abiertas a definiciones diversas y competitivas, así como a variaciones culturales y cambios históricos.

Algunos de sus cuestionamientos a los estudios del bienestar (Ryff, 1989a,b) fueron:

- a) el descuido en la definición de los rasgos esenciales del constructo,
- b) el uso de literatura basada en concepciones de BS pero sin fundamento teórico,
- c) la falta de consideración del funcionamiento positivo del ser humano, además de centrar la discusión en la distinción entre afecto positivo y negativo.
- d) la evaluación del constructo en la felicidad (*eudemonía*) como la variable central, limitándose a determinar un balance entre el afecto positivo y negativo, aún y cuando los resultados de la evaluación empírica no lo corroboraban; ya que: 1) las preguntas sobre funcionamiento positivo no predecían las respuestas sobre funcionamiento negativo, y 2) las dos dimensiones tuvieron diferentes correlatos, porque su objetivo no era definir la estructura básica del BS.
- e) la traducción y concepción de eudemonía únicamente como felicidad, pues entre los griegos era “un ideal (excelencia), refiriéndose a una perfección hacia la que uno se esfuerza y que le da sentido y dirección a nuestra vida”.
- f) la pertinencia de los instrumentos usados para evaluar el constructo de bienestar y la satisfacción con la vida (Índice de Satisfacción de Vida, la Escala de Balance Afectivo, y la Escala Moral del Centro Geriátrico Filadelfia), ya que éstos fueron desarrollados como instrumentos gerontológicos para diferenciar personas que envejecen exitosamente de las que no lo hacen, y no para definir la estructura básica del BS.

Con el propósito de subsanar estas deficiencias generó un Modelo de Envejecimiento Exitoso (Ryff, 1989a), en el que integró planteamientos de diversas perspectivas teóricas en las que se describía el funcionamiento positivo del ser humano en la edad adulta y la vejez, ya que consideró que una sola teoría no podía proporcionar las bases para definir el bienestar en los últimos años de la vida. Para identificar los aspectos importantes del funcionamiento psicológico positivo, recurrió a perspectivas derivadas de la psicología clínica, humanista, del desarrollo de ciclo de vida y de la salud mental.

Del modelo de necesidades humanas de Maslow, tomó la más alta en la jerarquía: la necesidad de auto-actualización del ser humano; de Rogers adoptó la postura del funcionamiento total de la persona; de Jung la formulación de la individuación y de Allport el concepto de madurez. Desde la perspectiva de desarrollo, que hace énfasis en los cambios que el ser humano enfrenta en las diversas etapas del ciclo vital, consideró el modelo de etapas del desarrollo psicosocial de Erikson; el de las tendencias básicas que trabajan hacia la realización de la vida de Bühler y el de las descripciones de los cambios de personalidad en la edad adulta y en la vejez de Neugarten. Otro elemento que consideró fue el criterio de salud mental positivo generado por Jahoda, que remplazaba las definiciones de bienestar como la ausencia de enfermedad, para ofrecer descripciones más claras y extensas de lo que significaría tener una buena salud psicológica.

Ryff consideró que el poco impacto de estas perspectivas teóricas se debía a que no tenían procedimientos de evaluación confiables. Otro obstáculo era que los criterios de BP eran diversos y extensivos, lo que dificultaba determinar cuáles deberían de servir como características esenciales del funcionamiento positivo. Otra objeción había sido el clamor de que esta literatura estaba valuada sin esperanza, abrumada en sus pronunciamientos acerca de cómo la gente debería de funcionar.

A pesar de las dificultades que implicaban las conceptualizaciones de dichas perspectivas identificó los puntos de convergencia (Ryff, 1989a,b) y los agrupó en 6 dimensiones de funcionamiento positivo: auto-aceptación, relaciones positivas con otros, dominio del ambiente, propósito de vida, autonomía y crecimiento personal, estas dimensiones conformaron el Modelo Multidimensional de BP.

Recientemente, y con el propósito de fortalecer los fundamentos del modelo, Ryff y Singer (2008) publicaron un artículo en el que revisaron: a) los mensajes clave de *la Ética a Nicómaco* de Aristóteles, b) las ideas de funcionamiento humano positivo desde la filosofía existencial y utilitaria, además de los planteamientos tomados de la psicología: clínica, humanística y del desarrollo, y c) las evidencias empíricas que apoyan la validez factorial del mismo.

Con relación al planteamiento de Aristóteles, ofrecen argumentos nuevos para sustentar que para este filósofo, el término eudemonía estaba más relacionado con la búsqueda de la auto-realización que con estados o sentimientos de felicidad. Respecto a la descripción del funcionamiento positivo, reiteran los aspectos considerados por Ryff en 1989 y retoman algunos planteamientos de filósofos como Stuart Mill, Bertrand Russell y Sartre, además de humanistas como Frankl y Lansch (ver tabla 3).

Tabla 3
Dimensiones, puntos de convergencia y autores de las posturas o teorías que sustentan el Modelo Multidimensional de BP (Ryff 1989a,b; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008).

<i>Dimensiones</i>	<i>Autores</i>	<i>Puntos de Convergencia</i>
Auto-aceptación	Jahoda Maslow Rogers Allport Erikson Neugarten Jung	Indicador de Salud Mental (SM). Auto-actualización. Funcionamiento óptimo. Madurez. Aceptación de sí mismo (presente y pasado). Aceptación de sí mismo (presente y pasado). Aceptación de sí mismo (lado oscuro).
Relaciones positivas con otros	Aristóteles Maslow Mill Jahoda Allport Erikson Aristóteles	Amistad y amor. Auto-actualización (empatía y afecto para todos los seres humanos y capacidad para amar, establecer relaciones profundas e identificación cercana con otros). Relaciones cálidas con otros como rasgo de madurez. Unión cercana con otros (intimidad) y guía y dirección de otros (generatividad). Auto-realización.

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Crecimiento personal	Maslow Jahoda Rogers	Apertura a la experiencia para crecer y llegar a ser. Realización del potencial personal
	Bulher, Erikson, Neugarten y Jung	Crecimiento continuo y confrontación de desafíos.
	Frankl y Lanch	Búsqueda de significado incluso frente a la adversidad.
	Russell	Desafío fundamental para vivir auténticamente.
Propósito en la vida	Sartre Russell	Énfasis en el entusiasmo para involucrarse activamente en la vida y para reflexionar sobre ella.
	Jahoda	Énfasis en creencias que dan sentido y propósito a la vida.
	Allport	Clara comprensión del propósito de vida, con un sentido de dirección e intencionalidad.
	Bulher, Erikson Neugarten y Jahoda	Énfasis en el cambio de propósitos o metas que caracterizan cada etapa de vida
	Allport	Capacidad de extender el self, ser capaz de participar.
Domino del ambiente	Bulher, Erikson y Neugarten Allport	Manipulación y control de ambientes complejos, además de capacidad para actuar y cambiar el mundo que lo rodea con actividades físicas y mentales. Indicador de madurez
Autonomía	Maslow	Funcionamiento autónomo y resistencia a la aculturación.
	Rogers	Locus de evaluación interno, se evalúa a sí mismo por estándares personales.
	Jung	Individuación, como involucrado en una liberación de la convención.
	Sartre	Importancia de la autodeterminación y de vivir auténticamente.
	Erikson, Neugarten y Jung	Importancia de volverse hacia el interior en los últimos años de la vida y ganar un sentido de libertad de las normas que gobiernan la vida diaria.

A continuación se presenta la descripción conceptual de cada una de estas dimensiones:

Auto-aceptación. Constituye una característica central de la salud mental, de la auto-actualización, del funcionamiento óptimo y de la madurez. Las teorías del ciclo vital hacen énfasis en la aceptación del self y de la vida pasada.

Relaciones positivas con otros. Se refiere a la importancia de establecer vínculos interpersonales cálidos y confiables. La habilidad para amar se considera un componente central de la salud mental. Los que se auto-actualizan se describen como con fuertes sentimientos de empatía y afecto por todos, son capaces de establecer grandes afectos, amistades profundas y una identificación más completa con los otros. Las teorías del desarrollo también hacen énfasis en el logro de la intimidad (uniones estrechas) y en la generatividad (guía y dirección a otros)

Autonomía. Comprende las cualidades de auto-determinación, independencia y regulación de la conducta, con un locus interno de evaluación que permite no depender de otros para obtener aprobación.

Dominio del ambiente. La habilidad personal para elegir y crear ambientes deseables para mantener sus condiciones psíquicas es una característica de salud mental. La madurez requiere participación en una esfera de actividad fuera del self. El desarrollo a lo largo del ciclo de vida requiere la habilidad de manipular y controlar ambientes complejos. El envejecimiento exitoso hace énfasis en el grado en el que los individuos toman ventaja de las oportunidades del ambiente. Estas perspectivas sugieren que la participación activa y el dominio del ambiente son ingredientes importantes de un marco integrado de funcionamiento positivo.

Propósito de vida. La salud mental incluye las creencias de que hay un propósito y un significado para la vida. La madurez hace énfasis en una clara comprensión de un propósito de vida, un sentido de direccionalidad e intencionalidad. Las teorías del desarrollo refieren una variedad de cambios en los propósitos o metas en la vida.

Crecimiento personal. Un funcionamiento óptimo requiere que la persona continúe desarrollando su propio potencial para crecer y expandirse como persona. Las teorías del ciclo de vida hacen énfasis en el crecimiento continuo y en la confrontación de nuevos desafíos o tareas en los diferentes periodos de vida.

4.2 Medición

Este apartado está organizado en 3 secciones, en la primera se describe el diseño de las Escalas de Bienestar Psicológico propuestas por Ryff, en la segunda algunos de los estudios realizados para probar la validez factorial del modelo y las propiedades psicométricas de las escalas, y en la tercera una panorámica de algunos de los factores asociados al BP identificados en investigaciones realizadas en diversos países.

4.2.1 Diseño de las escalas de BP.

Uno de los retos de Ryff (1989a,b), para determinar lo que las 6 dimensiones ofrecían para el estudio del bienestar en la edad adulta y en la vejez, fue desarrollar instrumentos estructurados de auto-reporte, que sirvieran como indicadores para evaluar los constructos de cada dimensión. Para hacerlo menciona que se basó en la aproximación orientada al constructo, que describe Wiggins en su libro sobre principios de evaluación de la personalidad. Desde esta aproximación la construcción de escalas sigue varios pasos, un elemento clave para la traslación empírica era contar con una o varias teorías psicológicas, en las que se basaran las descripciones de los constructos de interés, con base en éstas se definirían operacionalmente cada una de las dimensiones, además de los puntajes altos y bajos de cada una de ellas.

Las teorías y las definiciones teóricas descritas anteriormente para cada dimensión, fueron la guía que siguieron tres escritores independientes para redactar ítems auto-descriptivos, que fueran aplicables tanto a hombres como a mujeres en edad adulta. Originalmente se elaboraron 80 ítems para cada escala, de los cuales se eliminaron los que fueron redundantes, inapropiados o ambiguos para generar una respuesta, finalmente quedaron 32 ítems por escala, 16 positivos y 16 negativos (Ryff, 1989a,b; Ryff & Singer, 2006; Ryff & Singer, 2008). En la tabla 4 se presenta la definición operacional de cada dimensión y su interpretación dependiendo de si el puntaje es alto o bajo.

Tabla 4

Definiciones operacionales de las dimensiones del Modelo Multidimensional de BP e interpretación de acuerdo con el puntaje (Ryff, 1995; Ryff & Singer, 2008)

Auto-aceptación: Actitud positiva hacia el self, hacia buenas y malas cualidades y sentimientos positivos de la vida pasada.

Puntaje alto: Posee una actitud positiva, reconoce y acepta múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo sus buenas y malas cualidades, sus sentimientos con relación a el pasado son positivos.

Puntaje bajo: Se siente insatisfecho consigo mismo, está decepcionado con lo que le ha ocurrido en su vida pasada, tiene problemas con ciertas cualidades personales, desea ser diferente de lo que es.

Autonomía: Auto determinante e independiente, capaz de resistir presión social, control interno de su conducta, se evalúa a sí mismo con criterios personales.

Puntaje alto: Posee una actitud positiva, reconoce y acepta múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo sus buenas y malas cualidades, sus sentimientos con relación a el pasado son positivos.

Puntaje bajo: Se siente insatisfecho consigo mismo, está decepcionado con lo que le ha ocurrido en su vida pasada, tiene problemas con ciertas cualidades personales, desea ser diferente de lo que es.

Relaciones Positivas con otros: Interacciones cálidas, satisfactorias, basadas en la confianza, interesados en el bienestar de los otros, con alta empatía, afecto, intimidad, comprensivo con los otros para dar y recibir.

Puntaje alto: Tiene relaciones cálidas, satisfactorias, basadas en la confianza, interesados en el bienestar de otros, con alta empatía, afecto, intimidad, comprensivo con los otros para dar y recibir.

Puntaje bajo: Tiene pocas relaciones cercanas y confiables con los otros, tiene dificultades para ser cálido, abierto e interesado por los demás, está aislado y frustrado en sus relaciones personales, no está dispuesto a hacer compromisos para mantener lazos importantes con los otros.

Dominio del ambiente: dominio y competencia, control de arreglos complejos de actividades externas, empleo eficiente de oportunidades, capaz de crear o elegir contextos deseables a sus necesidades personales y valores.

Puntaje alto: Tiene un sentido de dominio y de ser competente en el manejo del ambiente, controla arreglos complejos de actividades externas, hace un buen uso de las oportunidades que lo rodean, es capaz de elegir contextos adecuados para sus necesidades y valores personales

Puntaje bajo: Tiene dificultad para manejar sus asuntos cotidianos. Se siente incapaz de cambiar, mejorar o aprovechar las circunstancias de su contexto, le falta el sentido de que controla el mundo externo.

Propósito de vida: tiene metas y un sentido de dirección, su vida pasada y presente tiene significado, hay fuertes creencias de que la vida tiene sentido, propósitos y objetivos para vivir.

Puntaje alto: Tiene metas en la vida y un sentido de dirección, siente que su vida presente y pasada tiene significado, mantiene firmes creencias de que la vida tiene un propósito, tiene metas y objetivos para vivir.

Puntaje bajo: Le falta el sentido de significado de la vida, tiene pocos propósitos u objetivos, no tiene dirección, no encuentra el sentido de su vida pasada, no tiene prospectos o creencias que le den sentido.

Crecimiento personal: Sentimiento de continuo desarrollo, se ve a sí mismo como alguien en crecimiento y expansión, está abierto a nuevas experiencias, reconoce su potencial personal, busca mejorar con el tiempo, cambia de manera que refleja más autoconocimiento y efectividad.

Puntaje alto: Tiene un sentimiento de desarrollo continuo, se ve a sí mismo como en crecimiento y expansión, está abierto a nuevas experiencias, tiene el sentido de realización de su potencial, a futuro se ve mejorándose tanto a sí mismo, como su conducta, está cambiando en formas que reflejan más auto-conocimiento y efectividad.

Puntaje bajo: Tiene un sentimiento de estancamiento, de falta de crecimiento, mejoramiento o expansión hacia el futuro, se siente aburrido y desinteresado con la vida, es incapaz de desarrollar nuevas actitudes o conductas.

En un segundo estudio (Ryff, 1989b), se aplicaron las 6 escalas a 321 hombres y mujeres, los cuales estuvieron divididos en jóvenes (media de edad = 19.53 años), adultos (media de edad = 49.85 años) y adultos mayores (media de edad=74.96 años). Las escalas estuvieron conformadas por 32 ítems por dimensión (16 positivos y 16 negativos), en una escala de 6 opciones; totalmente de acuerdo/desacuerdo. Para comparar las nuevas medidas se aplicaron 6 instrumentos empleados en investigaciones previas de BS (Escala de Balance de Afecto, Índice de Satisfacción de Vida, Escala de Auto-estima, Escala revisada del Centro Geriátrico Filadelfia, Escala Moral, tres sub-escalas de Locus de Control de Levenson y la Escala de Depresión de Zung).

Los resultados confirmaron las críticas de Ryff en el sentido de que, la literatura previa sobre BS se basaba en una concepción limitada del funcionamiento positivo del ser humano; ya que, únicamente hacía énfasis en el bienestar afectivo a corto plazo, pero descuidaba la calidad de la satisfacción a largo plazo y no consideraba dimensiones como autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con otros. Desde su punto de vista, los esfuerzos que hace una persona para lograr sus metas, el significado y el propósito de vida surgieron como un nuevo tópico de investigación empírica.

Ryff concluyó que los datos con respecto a la edad, reflejaron el hecho de que las nuevas dimensiones del BP deberían derivar de la integración de varios marcos conceptuales, y no únicamente de las del ciclo de vida. También señaló la necesidad de enriquecer la teoría para identificar las influencias críticas del BP y para formular los mecanismos por los cuales estas influencias ocurren. Advirtió sobre el hecho de que las teorías del funcionamiento psicológico positivo que empleó fueron esencialmente manifestaciones de los valores de la clase media estadounidense, y en este sentido era importante considerar las diferencias culturales, sociales, éticas, históricas y económicas.

A partir de la publicación del modelo y las escalas, se han hecho muchas investigaciones, en la siguiente sección se presentan algunos estudios que han

examinado la validez factorial del modelo y las propiedades psicométricas de las mismas.

4.2.2 Validez factorial del modelo y de las propiedades psicométricas.

Con respecto a la validación de la multidimensionalidad del constructo y, desde la perspectiva de Ryff y Singer (2008), hay cinco estudios que emplearon análisis factorial y demostraron que el modelo que mejor se ajusta es el modelo de seis factores basado en la teoría. Sin embargo en la literatura sobre este tema se encontró que los resultados no han sido consistentes, ya que en algunos casos se ha confirmado la multidimensionalidad del BP (Díaz et al., 2006; Ryff & Keyes, 1995; Tomás, Meléndez & Navarro, 2008; Van Dierendonck, 2005;), pero en otros se ha cuestionado que las escalas midan las seis dimensiones propuestas (Abbott et al., 2006; Kafka & Kozma, 2002; Spinger & Hauser, 2006; Springer et al., 2006; Triadó, Villar, Solé & Celdrán, 2007). A continuación se describen algunos de estos trabajos, siguiendo el orden cronológico de publicación de los mismos.

El primer estudio realizado para probar el modelo de BP (Ryff & Keyes, 1995), después de la publicación de las escalas, tuvo 3 objetivos: 1) probar en una muestra nacional representativa de estadounidenses el modelo multidimensional de BP, 2) examinar la consistencia de replicación en las diferencias de edad y de sexo en los múltiples valores de bienestar, c) comparar las relaciones entre las dimensiones de bienestar basadas en la teoría y tres indicadores prominentes de investigaciones previas (felicidad, satisfacción de vida, y depresión). Se trabajó con una muestra representativa nacional (N=1,108), conformada por adultos mayores de 25 años, la información se obtuvo por medio de entrevistas telefónicas. Para comparar los resultados del nuevo instrumento, en la entrevista se incluyeron indicadores de un solo ítem de felicidad y satisfacción de vida. Los análisis confirmatorios corroboraron la validez de los constructos para las seis dimensiones, con un sólo factor de segundo orden. Las diferencias en edad y sexo y la comparación del instrumento con otras mediciones de B ratificaron los hallazgos encontrados en los estudios anteriores (Ryff, 1989a,b), demostrando el

descuido de aspectos clave del funcionamiento positivo en las teorías de salud y B desarrolladas hasta ese momento.

Para estudiar los aspectos positivos del envejecimiento Clarke, Marshall, Ryff y Wheaton (2001) emplearon una versión corta de las escalas de BP (18 ítems, 3 por dimensión). Las escalas se aplicaron a 4,226 mujeres y hombres canadienses, adultos mayores, sin impedimentos cognitivos severos ni demencia, que formaron parte de una muestra representativa de una comunidad. Los análisis confirmatorios apoyaron la estructura multidimensional de las mediciones de BP, los resultados indicaron que las interacciones entre las escalas fueron bajas, lo que confirmó la base teórica de la estructura del BP. Los resultados de las seis dimensiones mostraron diferentes perfiles por edad, género y estado de salud; confirmando los datos obtenidos en estudios previos (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Considerando estos resultados, sugirieron que las escalas no deberían de concebirse como unidimensionales, es decir que no deberían de sumarse para obtener un puntaje total. Otra de sus recomendaciones fue revisar y mejorar los 18 ítems, en particular los de propósito de vida, crecimiento personal y dominio del ambiente.

Con el fin de evaluar la estructura factorial de las escalas de BP y su relación con algunas medidas estandarizadas de BS, Kafka y Kozma (2002) aplicaron a 277 universitarios canadienses (media de edad = 21.3), las 6 escalas de BP (120 ítems) y dos instrumentos de BS (Memorial University of Newfoundland Scales of Happiness (MUNCH) y la Escala de Satisfacción con la vida). Los resultados del análisis factorial indicaron que la validez de la estructura del BP era limitada, se produjeron 15 factores en lugar de 6, al restringir la solución de factores a 6, los ítems no se ajustaron a la estructura propuesta por Ryff, tampoco se encontró relación entre las 6 escalas y las mediciones de BS.

Van Dierendonck (2005) trabajó con población alemana para probar la validez factorial y de contenido de las escalas del BP y de dos escalas más sobre bienestar espiritual. Realizó dos estudios, el primero con una muestra conformada

por 233 estudiantes de psicología (media de edad = 22 años) y el otro con una muestra de 420 profesionales (media de edad= 36 años). La calidad psicométrica de las escalas de BP se evaluó en las versiones de 3, 9 y 14 ítems. Además de estas escalas se aplicaron 5 instrumentos más a los estudiantes y cuatro a los profesionales. En lo que se refiere a la validez de contenido de las escalas de BP, sus resultados confirmaron únicamente la estructura en la versión corta de tres ítems, para las otras versiones los resultados fueron ambiguos. El investigador sugirió reducir los ítems de la versión de 14 ítems, a 6, 7 u 8, dependiendo de la dimensión, presentando así una nueva versión corta, conformada por 39 ítems. Díaz et al. (2006) realizaron una traducción al español de esta versión y estudiaron su confiabilidad y validez con 258 hombre y 209 mujeres ($M= 34$ años; $DE=14$), con esta versión demostraron un excelente nivel de ajuste al modelo propuesto por van Dierendonck.

Con el propósito de investigar si el modelo de BP se podía aplicar a una población adulta en China, Cheng y Chang (2005) aplicaron la versión de 3 ítems a tres grupos de población: jóvenes de 18 a 29 años, adultos de 30 a 59 y adultos mayores de más de 60. Debido a que el coeficiente de alpha fue muy bajo, desarrollaron una versión nueva de 4 ítems, que fuera lo suficientemente corta para emplearse en aplicaciones en gran escala pero que tuviera mejor consistencia interna y validez factorial. Se realizaron dos estudios, uno para seleccionar los ítems ($N= 83$, media de edad= 47.1) y otro para el análisis confirmatorio de factores ($N= 1259$, media de edad= 44.7 años) Los índices de ajuste señalaron la superioridad del modelo de 6 factores, en comparación con el de un solo factor y del de orden jerárquico, a pesar de que se ajustaron moderadamente. Un análisis de la carga factorial sugirió que los ítems individuales podrían necesitar mayor refinamiento. Para estos investigadores la ausencia de un factor de orden superior sugiere que los 6 factores son sólo una constelación de rasgos positivos y que la decisión de incluirlos o excluirlos de esta lista parece ser más una decisión teórica que empírica.

En 2006, Springer y Hauser publicaron un estudio en donde evaluaron la validez de constructo de las escalas de BP. En su trabajo cuestionaron tanto el método de validación de las escalas, empleado en estudios previos (Ryff, 1989b; Ryff & Keyes, 1995), como el modo de recolección de los datos (vía telefónica) y las técnicas de análisis. Desde su punto de vista, las variables se habían analizado como si fueran continuas y no ordinales, por lo que era necesario emplear técnicas que fueran más allá de la mera interacción de las escalas. Para probar las propiedades de medición de éstas, las aplicaron en diferentes versiones de 12, 18 y 42 ítems, en el modo de auto-reporte, a tres grandes muestras de las siguientes encuestas nacionales: la Wisconsin Longitudinal Survey, (WLS), la Midlife in the United States (MIDUS) y la National Survey of Families and Households II (NSFH II). La versión de 42 ítems de las escalas de BPR se aplicó por correo a 6,282 hombres y mujeres, graduados de preparatoria en 1957, a quienes también se les administró la WLS. La versión de 18 ítems, se empleó con 2,731 adultos, de entre 25 a 74 años, pertenecientes a la muestra de la encuesta multi-etapas (MIDUS), por medio de entrevistas telefónicas. Los participantes fueron elegidos al azar, marcando un dígito, los datos fueron recolectados durante 1994 y 1995, las escalas de BPR se enviaron por correo. La NSFH II se condujo de 1992 a 1994, la versión de 18 ítems de las escalas de BP se administró a 9,240 adultos, durante una entrevista en casa. Para estos investigadores los resultados obtenidos en las tres encuestas proporcionaron evidencia importante para señalar que las escalas de BP no medían seis dimensiones y que los investigadores deberían ser precavidos al emplear e interpretar dichas escalas.

El comentario de Ryff y Singer (2006) a los cuestionamientos, los datos y las conclusiones de este estudio fue inmediata, desde su punto de vista, los resultados obtenidos en el análisis de Springer y Hauser (2006), lejos de cuestionar los planteamientos teóricos en los que se guiaba el modelo, los apoyaban, pero la interpretación de los datos revelaba una falta de comprensión de los investigadores sobre la aproximación orientada al constructo, empleada en la evaluación de la personalidad. Para justificar su postura, revisaron trabajos en

donde se presentaba evidencia sobre la validez factorial de las escalas y su correlación con factores psicológicos, socio-demográficos, biológicos y con intervenciones terapéuticas basadas en el modelo teórico. Springer et al. (2006) dieron una pronta respuesta a este comentario, ratificando y reforzando los cuestionamientos, además de hacer recomendaciones para analizar los ítems de las escalas de BP.

Un grupo de investigadores el Reino Unido (Abbott et al., 2006), interesados en la controversia sobre la dimensionalidad de los ítems de BP y en los procedimientos empleados en el análisis metodológico, realizaron un estudio con 1,179 mujeres, de 52 años, del Reino Unido, que formaban parte de la muestra de nacimientos de 1946, estudiados por la National Survey of Health and Development (NSHD) del Medical Research Council. Para analizar sus datos, emplearon métodos de análisis factorial para datos ordinales, además de comparar el ajuste de los modelos con: a) el modelo único (unidimensional) versus el multi-factor (multidimensional), b) la incorporación del método de factores y c) la consideración de modelos jerárquicos de factores de segundo orden. También examinaron la validez predictiva: de la asociación longitudinal entre los constructos de BP y la suma de los puntajes de los ítems de angustia del General Health Questionnaire-28. Sus resultados indicaron: 1) un valor conceptual y empírico (mejoró el modelo de ajuste) con la suma del método de factores tanto positivos como negativos para enfrentar artefactos. 2) altas correlaciones en cuatro de las seis dimensiones para garantizar un factor general de B, así como un factor general de segundo orden y 3) una fuerte asociación negativa entre las medidas de salud mental y los puntajes de angustia en el GHQ-28.

Otro estudio (Lindfors, Berntsson & Lundberg, 2006) sobre la estructura factorial de las escalas de BP, se realizó con una muestra de 1,260 hombres y mujeres suecos, empleados de oficinas, de entre 35 y 58 años. Los coeficientes de consistencia interna de las escalas traducidas al sueco, fueron más altos que los de las escalas originales de Ryff. Los análisis confirmatorios ratificaron los resultados de estudios previos, el modelo de 6 factores con un solo super factor de

segundo orden tuvo el mejor ajuste. Más allá de la constatación de los hallazgos sobre edad y género, se encontraron diferencias de edad en auto-aceptación y de género en dominio del ambiente y propósito de vida, pero no en crecimiento personal. Los investigadores concluyeron que el estudio demostró claramente la adaptación de la versión sueca de las escalas de Ryff en hombres y mujeres oficinistas.

Triadó et al. (2007) investigaron el análisis factorial y la validez de contenido de la versión de 9 ítems de las escalas de Ryff en una muestra de 422 adultos mayores españoles, jubilados, de más de 65 años. Los coeficientes de consistencia interna de las sub-escalas fueron moderadamente bajos, pero similares a los reportados en estudios previos. Con respecto a la estructura del modelo de 6 factores, ni el análisis exploratorio, ni el confirmatorio apoyaron claramente la estructura factorial, con o sin constructos latentes de segundo orden.

Otra investigación dirigida a proporcionar información sobre la estructura de los 6 factores de las escalas de Ryff, fue la realizada por van Dierendonck et al. (2008). Estos investigadores emplearon la versión corta de 39 ítems, propuesta por van Dierendonck (2005) y traducida al español, en una muestra combinada de personas de España y Columbia, conformada por 592 españoles y 327 de Columbia, de 16 a 74 años (media de edad = 30 años). Los resultados indican que cuatro de las seis dimensiones se relacionan considerablemente. Sin embargo el modelo que mejor se ajustó a los datos fue el de 6 factores, con un factor de segundo orden, confirmando el modelo de Ryff en una cultura no anglosajona.

En Turquía, Akin (2008) realizó un estudio para investigar la validez y la confiabilidad de las escalas de BP, con una muestra de 1,214 hombres y mujeres estudiantes de universidades técnicas. Para hacerlo utilizó la traducción de la versión de 84 ítems al turco. Sus resultados indicaron que las escalas, en inglés y turco son equivalentes. La escala traducida tuvo una alta confiabilidad y validez y

en sus conclusiones apunta que puede usarse como un instrumento eficiente para valorar el BP en la cultura turca.

El trabajo de Tomás, Meléndez y Navarro (2008) tuvo como objetivo analizar la estructura factorial de las escalas de Ryff. Estos investigadores trabajaron con una muestra formada por 169 españoles de más de 65 años (media de edad = 75.4 años). Sus resultados indicaron que los valores de ajuste fueron similares a los reportados en la literatura, por lo que apoyaron el modelo de 6 factores.

Burns y Machin (2009) examinaron la validez del modelo de 6 factores de Ryff, para hacerlo trabajaron con dos poblaciones, una conformada por 401 participantes de la muestra empleada en un estudio de eventos de vida y otra de 679 personas que formaban parte de la muestra de otro estudio sobre clima organizacional. En sus resultados encontraron consistencia en los ítems y en la estructura del BP en los dos estudios, así como un modelo de tres factores (autonomía/relaciones positivas con otros) y un factor supra ordenado que comprendía los otros factores. Se encontraron niveles aceptables de ajuste del modelo de BP. Los autores concluyeron que era necesario desarrollar medidas de BP que reflejaran su naturaleza jerárquica y multidimensional. Desde su punto de vista la validez de constructo de los factores del BP propuesto por Ryff continuarán siendo problemáticos y fallarán para evaluar adecuadamente su naturaleza y su impacto.

Una de las investigaciones más reciente sobre estas escalas es la realizada en el Reino Unido por Abbott et al. (2010), este trabajo tuvo como propósito evaluar la precisión de medición de las escalas. Los investigadores consideraron importante estudiar si estas escalas mostraban una confiabilidad o medida de precisión de los puntajes estimados de BP, ya que este aspecto no había sido investigado con anterioridad. La muestra estuvo conformada por 1,778 mujeres participantes de una cohorte estudiada por la NSHD, del Medical Research Council, nacidas en la semana del 3 al 9 de marzo de 1946. La versión de las escalas que se les aplicó fue la de 42 ítems. Sus análisis mostraron que las seis

escalas presentaron mediciones adecuadas para los niveles promedio de BP, pero encontraron una baja precisión en la medición de los niveles altos. Sus resultados les permitieron apoyar el uso de un factor de segundo orden como una medida general de BP y recomendar que las futuras escalas de BP deberían de diseñarse incluyendo ítems que permitan una mayor confiabilidad en niveles altos del continuo de BP.

Con el propósito de facilitar la revisión de los estudios antes descritos, en la tabla 5, se presenta un resumen de los mismos, especificando los autores, el número total de ítems y por dimensión, las especificaciones de la muestra con la que se trabajó, las técnicas y procedimientos de análisis estadístico y algunas de sus principales conclusiones.

Como se puede observar los estudios son muy diversos, si bien la mayoría tuvieron como objetivo principal analizar la validez factorial del modelo de Ryff y las características psicométricas de las escalas, las variaciones tanto de las diversas versiones, de los ítems seleccionados, del tipo de población estudiado (tamaño y conformación de la muestra), así como de los procedimientos estadísticos empleados para analizar los datos y sus resultados, plantean un panorama controvertido, en donde todavía no hay acuerdo ni evidencia empírica contundente. En general, los investigadores concuerdan en lo acertado de la propuesta de multidimensionalidad del constructo de BP pero señalan la necesidad de revisar las bases teóricas y de continuar investigando para aportar evidencia empírica cada vez más sólida sobre su pertinencia (Abbott et al., 2006, 2010).

Tabla 5
Resumen de algunos estudios que validan las propiedades psicométricas de las escalas de BP de Ryff.

Autor	Número total de ítems, y por dimensión	Muestra	Principales Conclusiones
Ryff, 1989a.	No se especifica	300 estadounidenses hombres y mujeres, divididos en jóvenes, adultos y adultos mayores, no se especifica el número.	Las escalas mostraron propiedades psicométricas positivas (confiabilidad y validez)

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Ryff, 1989b.	192 / 32 (16 positivos y 16 negativos) 120 / 20 (10 positivos y 10 negativos)	321 voluntarios estadounidenses hombres y mujeres, divididos en: a) 133 jóvenes (media edad= 19 años) b) 108 adultos (media edad = 49.8 años c) 80 adultos mayores (media edad= 74.9 años)	Las mediciones mostraron propiedades psicométricas preliminares aceptables. Algunas dimensiones mostraron convergencia con medidas previas de BS pero otras no estuvieron tan relacionadas, en el primer caso estos resultados indican que hay una clara vinculación entre los componentes de las teorías en las que se fundamentaron las dimensiones de BP y la evidencia que han proporcionado los estudios científicos previos sobre B. En el segundo, los hallazgos apoyan la crítica de que los aspectos clave en los que hacen énfasis las teorías sobre funcionamiento positivo no han estado representados en la investigación empírica sobre BS.
Ryff y Keyes, 1995.	18/ 3	Representativa nacional, formada por: 1, 108 hombres y mujeres estadounidenses (media edad =45.6 años), divididos en: a) 133 jóvenes (entre 25 y 29 años) b) 805 adultos (entre 30 y 64 años) c) 160 adultos mayores (mayores de 65 años)	Los análisis confirmatorios apoyaron la multidimensionalidad de la estructura. El modelo que mejor se ajustó fue el de 6 factores primarios, asociados en un solo factor de orden superior. El modelo del factor superior indica que los 6 factores se ajustan a los datos y que éstos miden un solo constructo latente denominado BP. Se confirman los resultados sobre la edad y sexo obtenidos en estudios previos (Ryff, 1989a,b.). Los análisis con relación a la edad requieren clarificar los efectos que el curso de la vida tiene en el BP. Los efectos no son uniformes, diversas dimensiones muestran un perfil que varía con la etapa de vida, por lo tanto no pueden explicarse con un factor general.
Clark, Marshall, Ryff y Wheaton, 2001.	18 / 3	Muestra nacional representativa de: 4,266 canadienses hombres y mujeres, adultos mayores, pertenecientes a la comunidad, sin problemas cognitivos o demencia, que completaron las escalas, (media de edad = 75.5 años)	Los análisis confirmatorios apoyaron la estructura multidimensional de las mediciones de Ryff. Se encontró que cada una de las 6 dimensiones teóricas del BP constituye un factor por sí misma, las inter-correlaciones entre escalas fueron bajas. Algunos ítems demostraron una baja carga factorial.
Kafka, y Kozma, 2004.	120 / 20	277 estudiantes canadienses (media edad = 21.33)	No se pudo validar el constructo de BP propuesto por Ryff. Se produjeron 15 factores en lugar de 6, al restringir la solución de factores a 6, los ítems no se ajustaron a la estructura originalmente propuesta. Tampoco se encontró relación entre las 6 escalas y las mediciones de BS.
Van Dierendonck, 2005.	18 / 3 54 / 9 84 / 14	2 estudios con población alemana, uno con 233 universitarios (media de edad = 22.6) año); y el otro con 420 profesionales (media de edad = 36.8	Valora las tres versiones de las escalas originales de Ryff (18/54 y 84 ítems), para mejorar la calidad psicométrica adapta la versión de 54 ítems (9 ítems por dimensión); mantiene las seis dimensiones originales pero reduce el número de ítems a 6, 7 u 8, dependiendo de cada dimensión, su versión quedó conformada por 39 ítems.
Cheng y Chang, 2005.	24 / 4	2 estudios con hombres y mujeres chinos, de 18-86 años. El primer estudio (selección de ítems) con una muestra de 83 adultos y el otro (análisis confirmatorio) con 1259 voluntarios, pacientes y ex pacientes de hospitales en Hong Kong, (media de edad = 44.7)	La versión corta de 18 ítems resultó inadecuada para esta población, se propusieron 4 ítems por escala para mejorar las propiedades psicométricas. La evidencia encontrada que apoya el modelo de 6 factores (índices superiores de ajuste sobre otros modelos -1, 6 y jerárquico-) no coincide con lo reportado en estudios previos (Ryff & Keyes, 1995; Van Dierendonck, 2005). La ausencia de un factor de orden superior sugiere que los 6 factores son sólo una constelación de rasgos positivos y que la decisión de incluirlos o excluirlos de esta lista parece ser más una decisión teórica que empírica.
Springer y Hauser, 2006.	42 / 7 18 / 3 18 / 3	6,282 WLS 2,731 MIDUS (25-74 años) 9, 240 NSFH II adultos jefes de familia.	No se encontró evidencia para apoyar la multidimensionalidad de las escalas de BP

Abbott et al., 2006.	42 / 7	1,179 mujeres británicas de 52 años de una muestra de la National Survey of Health Development	Altas correlaciones en cuatro de las seis dimensiones para garantizar un factor general de B, así como un factor general de 2º orden y una fuerte asociación negativa entre las medidas de salud mental y los puntajes de angustia en el GHQ-28
Lindfors et al., 2006.	18 / 3	1,260 hombres y mujeres suecos, oficinistas, de entre 35 y 58 años	Los coeficientes de consistencia interna de las escalas fueron altos. El análisis factorial confirmó que el modelo de 6 factores con un solo factor superior de segundo orden es el que mejor se ajusta. Se encontraron diferencias en edad y sexo pero con ligeras variantes respecto a los estudios anteriores. Se demostró la adaptación de la versión sueca de las escalas de Ryff.
Díaz et al., 2006	39// 6, 7 y 8	258 hombres y 209 mujeres de 18 A 72 años	Se adaptó al español la versión de van Dierendonck, se desarrolló una nueva versión reducida de 39 ítems
Triadó et al., 2007.	54 / 9	422 adultos mayores españoles, jubilados, de más de 65 años.	La consistencia interna de las escalas fue baja, similar a la reportada en estudios previos. Los resultados de los análisis confirmatorios para probar la estructura del modelo de 6 factores, no apoyaron su estructura factorial.
Van Dierendonck et al., 2008.	39 / 6, 7 y 8	Muestra combinada, conformada por 592 españoles y 327 de Columbia, de 16 a 74 años (media de edad = 30 años).	Cuatro de las seis dimensiones se relacionan considerablemente, sin embargo el modelo que mejor se ajustó a los datos fue el de 6 factores, con un factor de segundo orden. Se confirmó el modelo de Ryff en una cultura no anglosajona. Sugirieron mantener las 6 dimensiones de las escalas intactas, al emplearlas en otras culturas.
Akin, 2008.	84 / 14	1214 estudiantes de ambos sexos de universidades técnicas en Turquía.	Las versiones de las escalas, en inglés y turco son equivalentes. La escala tuvo una alta confiabilidad y validez y puede usarse como un instrumento eficiente para valorar el BP en la cultura turca.
Tomás et al., 2008.	54 / 9	169 hombres y mujeres españoles, jubilados, de entre 65 y 94 años (media de edad = 75 años)	Valores de ajuste fueron similares a los reportados en la literatura. Los resultados apoyan el modelo de 6 factores.
Abbott et al., 2010.	42 / 7	1,778 mujeres británicas nacidas entre el 3 y el 9 de marzo de 1946	Las escalas miden adecuadamente niveles promedio de BP, pero la precisión de la medición en los niveles altos es bajo. Apoyan el uso de un factor de segundo orden como una medida general de BP.

4.2.3. Otros instrumentos con base en el Modelo Multidimensional

En la revisión de la literatura sobre el modelo de BP se identificó la elaboración y evaluación de un instrumento para medir el BP en Argentina, la cual se probó en diversos países iberoamericanos (Casullo et al., 2002).

Casullo y Castro Solano (2000) diseñaron un instrumento para medir el BP de adolescentes, tomando como referente las propuestas teóricas, planteadas en el trabajo de Schmutte y Ryff (1997). En función de las 6 dimensiones identificadas por Ryff, definieron operacionalmente 36 ítems, para evaluarlos emplearon un procedimiento de validación de jueces que permitiera determinar el grado de acuerdo entre éstos (3 psicólogos y 20 estudiantes). En la versión final se incorporaron los reactivos en los que se encontró un 75% de acuerdo entre los jueces. El instrumento fue denominado Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-J)

y quedó conformada por cinco dimensiones: proyectos, aceptación de sí mismo, autonomía, vínculos y control de situaciones, con un total de 20 ítems. Posteriormente realizaron un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, que arrojó cuatro factores: control de situaciones (4 ítems), vínculos (3 ítems), proyectos (3 ítems) y aceptación (3 ítems); al respecto reportaron que el factor autonomía fue confuso y se eliminó. Los coeficientes de confiabilidad por dimensión fueron bajos (de 0.50 a 0.56) pero consideraron que la confiabilidad total fue aceptable (0.74), el total de ítems de la escala final fue de 13, el formato de respuesta fue tipo Likert, con tres opciones de respuesta: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo, además de un puntaje total, se consideraron las puntuaciones para cada dimensión.

Con el fin de validar la escala BIEPS-J, se realizó un estudio que pretendía, además, encontrar correlaciones entre el BP y síntomas clínicos, satisfacción vital y grado de satisfacción en cada área de la vida. Se aplicó a 1,270 adolescentes, de ambos sexos, de 13 a 18 años, estudiantes de secundaria, ubicados en tres regiones geográficas diferentes. Para analizar las propiedades psicométricas de la escala se realizó un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax. Sólo 4 factores explicaron más del 50% de la varianza de las puntuaciones (control de situaciones, vínculos, proyectos y aceptación de sí mismo) el factor autonomía fue confuso y se eliminó, la confiabilidad total fue aceptable. Con base en los resultados, Casullo (2002) afirmó que contaban con una técnica auto-administrada válida y confiable para evaluar la percepción subjetiva del BP. Los datos indicaron que sólo debía de emplearse la puntuación total de la escala, y que había una correlación negativa entre el BP y la presencia de síntomas psicopatológicos. La satisfacción de vida y la satisfacción con las áreas de la vida no fueron indicadores válidos para la evaluación del BP. Tampoco se identificó que las variables: género, edad y región geográfica afectaran el BP de los adolescentes. Esta escala ha sido empleada y validada por algunos investigadores en Argentina, Perú, España y Cuba, los resultados de su aplicación

en estos cuatro países fueron publicados por Casullo et al. (2002), confirmando su validez en las diversas poblaciones.

Para identificar qué entendían los adolescentes por BP y evaluar la relación entre la percepción del BP y la escala BIEPS-J, Castro Solano (2002) diseñó un protocolo cualitativo, integrado por una serie de frases incompletas para analizar el significado de BP en adolescentes argentinos de 13 a 19 años. Además le pidió a los jóvenes que describieran en 5 renglones, situaciones de malestar y de bienestar pasadas, que hubieran provocado malestar y bienestar anímico extremo. De las frases incompletas, se generaron 16 categorías que describían el significado de BP en adolescentes, para analizar la información se emplearon técnicas de análisis de contenido. Sus resultados indicaron que: 1) Los adolescentes que se auto percibían con un alto bienestar, consideraron que éste estaba relacionado con el logro de objetivos, la aceptación de sí mismo y el bienestar general, 2) No se encontró relación entre situaciones de bienestar y malestar, 3) De las 6 dimensiones propuestas por Ryff para adultos, sólo: proyectos personales, aceptación de sí mismo y buenos vínculos con los demás se constataron en adolescentes, 4) Las dimensiones: Aceptación, vínculos y objetivos permitieron identificar jóvenes con alto y bajo BP, 5) Las situaciones generadoras de felicidad se relacionan con buenos vínculos con pares y 6) Los relatos de acontecimientos placenteros no se relacionaron con el grado de BP.

En otros estudios realizados con adolescentes y adultos jóvenes españoles y argentinos, Castro Solano (2002) investigó los factores que influyen en su BP, tratando de identificar la relación entre: a) bienestar general y satisfacción con las diversas áreas vitales, b) bienestar con variables de personalidad y c) satisfacción con los objetivos de vida. Algunos de sus hallazgos señalan que las puntuaciones altas en la BIEPS-J, indican que los jóvenes se reconocen satisfechos en casi todas las áreas de su vida, pero los insatisfechos perciben un bajo BP y constituyen el grupo de los aislados. Las relaciones que identificó fueron independientes del contexto y la edad, sin embargo las mujeres se ubicaron como más infelices y eran la mayoría en el grupo de aislados. Por otro lado, los jóvenes

más innovadores fueron los más insatisfechos. Sus resultados también indicaron que los adolescentes con una alta satisfacción presentaban un mejor desarrollo en objetivos de vida y los que obtuvieron bajos niveles de satisfacción mostraron poco desarrollo en sus objetivos.

Con el propósito de explorar el concepto de BP en un grupo de 413 adolescentes limeños de ambos sexos, de entre 13 y 18 años, de los cuales 203 fueron estudiantes de una escuela privada y 210 de una escuela pública, Martínez y Morote (2002) realizaron un estudio en el que investigaron el BP y su correlación con la presencia de síntomas clínicos específicos. Con base en sus resultados concluyeron que la escala BIEPS-J era válida para los jóvenes limeños y que existía una correlación negativa entre los instrumentos que medían síntomas clínicos y el puntaje global de BP, lo que les permitió plantear que la presencia de síntomas psicopatológicos estaba asociada a una experiencia de malestar subjetivo.

Cruz, Maganto, Montoya y González (2002) realizaron una investigación de la aplicación de la escala BIEPS-J en España. Sus objetivos fueron: a) analizar los resultados de la aplicación de la escala, considerando la edad y el sexo de su población y b) estudiar las características de cada una de sus muestras: Comunidad País Vasco (CPV) y Comunidad Valenciana (CV). Las muestras estuvieron conformadas por 1,202 estudiantes de entre 14 y 18 años de edad. Algunas de sus conclusiones fueron que los adolescentes en España presentan un alto nivel de BP, que este constructo tiene un componente evolutivo, ya que observaron que las puntuaciones totales eran inferiores a menor edad y aumentaban con ella. Los planes a futuro también se incrementaron a medida que aumentaba la edad. Por otro lado, se encontraron muy pocas diferencias entre las comunidades con alto y bajo nivel de BP, pero las diferencias fueron más altas en sujetos con nivel medio. En este mismo grupo se observaron también diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, encontrando que los puntajes altos en control, propósito de vida y vínculos correspondieron a las chicas

y que los jóvenes puntuaron más alto en aceptación personal y satisfacción con sí mismos.

Para explorar la factibilidad del uso de la BIEPS-J con adolescentes cubanos, Martín (2002) sometió la escala BIEPS-J a evaluación de jueces. Una vez determinada su pertinencia aplicó la escala sin modificaciones a una muestra de 334 estudiantes de secundaria, de entre 11 y 16 años. Los resultados mostraron que hay diferencias entre los adolescentes argentinos y los cubanos, algunas de las razones pueden ser atribuidas a la edad, a la cultura y al tamaño de la muestra. La investigadora consideró necesario seguir investigando la validez de esta escala para determinar los componentes relevantes del BP, considerando las variables culturales.

Con base en la propuesta de Ryff y Keyes (1995), Castro Solano, Brenlla y Casullo (2002) desarrollaron un instrumento para medir el BP en adultos, inicialmente se consideraron las siguientes dimensiones: autonomía, control de situaciones, vínculos psicosociales, proyectos y aceptación de sí mismo, se redactaron cuatro reactivos para cada dimensión, los cuales se respondían en formato de Likert, con tres opciones de respuesta. Para analizar sus características psicométricas realizaron un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de sus elementos, los factores encontrados fueron cuatro y explicaron más del 50% de la varianza: control de situaciones, vínculos, proyectos y aceptación de sí mismo. Para determinar las propiedades psicométricas de la escala BIEPS-A, se realizó un estudio con una muestra de 359 hombres y mujeres, adultos de 19 a 61 años, habitantes de Buenos Aires. Los resultados indicaron que la confiabilidad de la escala era aceptable si se empleaba la puntuación total, y se sugirió analizar las respuestas en cada una de las dimensiones. Sólo cuatro de las dimensiones propuestas por Ryff pudieron verificarse con esta población (proyectos, control, aceptación y vínculos), autonomía no pudo ser aislada factorialmente.

4.3 Factores asociados al BP.

En este apartado se revisan algunos de los estudios que: han correlacionado las escalas de BP con factores: a) socio-demográficos, biológicos y de personalidad, b) los que examinan la relación entre el BP y algunos eventos de vida, c) los que han empleado como marco teórico de referencia el modelo multidimensional de BP en diversos campos de la psicología como: el laboral, el escolar y el clínico; y d) por último los que han relacionado las escalas de BP con factores familiares.

Si bien algunos de los trabajos que aquí se reportan tuvieron también otros propósitos como traducir las escalas y validarlas, o bien relacionarlas con otras medidas de bienestar, aquí sólo se menciona el propósito de los estudios, el tipo de relación que pretendieron establecer con el BP y los principales resultados obtenidos.

4.3.1 Factores: socio-demográficos, biológicos y de personalidad.

Diversos estudios (Ryff, 1989a,b; Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Heidrich, 1997) han tratado de identificar si algunos de los factores que determinan el funcionamiento positivo varían a lo largo del curso de la vida. Aspectos tales como la percepción de BP entre hombres y mujeres, la edad de la población estudiada y su nivel de estudios han sido motivo de interés al emplear las escalas del modelo multidimensional de BP.

Los primeros trabajos para investigar este constructo se centraron en la identificación de las características que constituyen el funcionamiento psicológico positivo del ser humano, pero también en la búsqueda de patrones de bienestar de las personas a lo largo de las diversas etapas del ciclo vital. Indicadores socio-demográficos como la edad, el sexo, el ingreso económico y los años de estudio han sido algunos de aspectos estudiados. En su primer estudio empírico Ryff (1989b) evaluó una muestra de 321 hombres y mujeres estadounidenses, organizados en tres grupos; jóvenes, adultos tempranos y en edad adulta tardía, cuyo rango de edad fue de 19 a 74.9 años con un nivel económico y educativo

mayoritariamente alto. Las tendencias generales mostraron que los participantes en edad adulta temprana obtuvieron puntajes significativamente más altos en propósito de vida y en autonomía, que los de la edad adulta tardía, e incluso más altos que los de los jóvenes. En dominio del ambiente los puntajes más altos los obtuvieron los participantes en edad adulta temprana y tardía, pero en crecimiento personal fueron los jóvenes y los de edad adulta temprana los que puntuaron más alto. En auto-aceptación y relaciones positivas con otros no hubo diferencias relacionadas con la edad. Con respecto a las diferencias en relación al sexo se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes significativamente más elevados que los hombres en relaciones positivas con otros y en crecimiento personal.

Estos resultados se confirmaron en otro estudio (Ryff & Keyes, 1995) con una muestra de 1,108 adultos estadounidenses de ambos sexos, organizados en tres grupos de edad (jóvenes y adultos en la etapa temprana y tardía), a quienes les aplicaron la versión corta de 18 ítems de las escalas de BP. En el grupo de jóvenes y de personas en la edad adulta temprana las dimensiones de dominio del ambiente y autonomía se incrementaron con la edad; pero en el caso de las personas adultas (etapas temprana y tardía), sus puntajes en crecimiento personal y propósito de vida disminuyeron con la edad. Las dimensiones de relaciones positivas con otros y auto-aceptación no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos.

Otro aspecto que se ha identificado en algunos estudios es la diferencia en los puntajes de las dimensiones de BP entre hombres y mujeres, sin importar el grupo de edad, las mujeres consistentemente obtienen mejores puntajes que los hombres en dos dimensiones: relaciones positivas con otros y crecimiento personal (Abbott, et al, 2006; Clarke, et al. 2001; Lindfors, et al., 2006; Ryff, 1989a,b; Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2006; van Dierendock, 2005; Vleioras & Bosma, 2005).

Kaplan, Shema y Leite (2008) estudiaron el impacto del ingreso sobre cinco dimensiones del BP (propósito de vida, auto-aceptación, crecimiento personal,

dominio del ambiente y autonomía) durante tres décadas, de 1965 a 1994. La muestra estuvo conformada por 1,127 adultos de 50 a 102 años. Sus resultados subrayaron el impacto positivo del ingreso sobre el BP, por lo que los autores concluyeron que, al menos en la población estudiada, su BP después de los cincuenta años, estuvo en función del éxito o fracaso económico que habían logrado en, al menos tres décadas previas a la edad que tenían en este estudio.

Otra de las líneas de investigación desarrollada en los últimos años ha sido el análisis de la relación entre indicadores biológicos y el BP (Libby, 2009; Ryff et al., 2006; Ryff, Singer, Dienberg, 2004; Ryff & Singer, 2008). Para Ryff y sus colaboradores, el planteamiento clave de una salud positiva es que el BP esté acompañado de un funcionamiento óptimo de diversos sistemas fisiológicos (Ryff & Singer, 1998). En este sentido han tratado de probar si el BP está asociado con una reducción del riesgo biológico. De entre los indicadores estudiados están los de tipo: neuroendocrinológico (cantidad de cortisol en saliva), inmunológico (respuesta inflamatoria ante estrés), cardiovascular (riesgo de frecuencia cardiaca) y los relacionados con la calidad del sueño y con los estados de salud y depresión.

Ryff et al. (2004) realizaron un estudio para: a) corroborar cómo varían los dos tipos de bienestar (BP y el BS) con la edad y el nivel socioeconómico, y b) identificar las relaciones de ambos tipos de bienestar con indicadores biológicos. La muestra fue de 135 mujeres estadounidenses de 61 a 91 años, el BP se midió con las escalas de 14 ítems de Ryff, y el BS con el PANAS de Watson, Clark y Tellegen y la versión corta del Mood and Anxiety Symptom Questionnaire de Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss y McCormick. No se encontraron efectos significativos entre las mediciones neuro-endocrinológicas y el BS. Con respecto al BP se identificó que, en general, quienes obtuvieron niveles más altos de BP mostraron niveles más bajos de cortisol en su saliva, menos procesos inflamatorios, menor riesgo cardiovascular y una mayor duración de sueño REM, comparadas con aquéllas que reportaron un nivel de BP inferior. En el caso de la muestra de mujeres de más de 65 años se encontraron asociaciones positivas bajas entre crecimiento personal y el promedio diario de cortisol en saliva, para la

muestra de mujeres de más de 75 años se encontraron relaciones positivas moderadas en dos sub-escalas: crecimiento personal y propósito de vida. Con respecto a los procesos inflamatorios crónicos, se encontró una relación positiva moderada entre bajos niveles de inflamación y altos niveles en propósito de vida.

En otra línea de investigación y con el fin de clarificar si el BP y el malestar constituían puntos opuestos en un continuo bipolar, o si eran dimensiones diferentes de la salud mental, Ryff et al. (2006) realizaron un estudio con 135 ancianas estadounidenses en el que valoraron múltiples aspectos tanto del BS como del BP y de malestar (depresión, ansiedad, angustia), así como de diversos factores biológicos de tipo: neuro-endocrinológico (cortisol en saliva y orina, epinefrina y norepinefrina, entre otros) y cardiovascular (peso, proporción cintura-cadera, presión sanguínea y colesterol entre otros). Sus resultados mostraron que las medidas de BP y malestar estuvieron ligadas de manera significativa moderadas con numerosos bio-marcadores, en el caso de las mujeres mayores de 75 años algunas asociaciones fueron más fuertes. La hipótesis de que el BP y el malestar son dimensiones diferentes fue apoyada por siete bio-marcadores, y la de que son opuestos de un continuo sólo por dos.

En otro estudio realizado con 736 hombres y mujeres británicos de 58 a 72 años (Steptoe, O'Donnell, Marmot & Wardle, 2008), cuyos fines fueron: a) identificar si el afecto positivo (BS) y el propósito de vida (BP) estaban asociados con un sueño reparador; y b) evaluar el papel de estos dos tipos de bienestar como influencias mediadoras en los factores de riesgo que caracterizan un sueño deficiente. Sus resultados indicaron no sólo que ninguno de los dos tipos de bienestar se asoció con problemas de sueño, sino también que el nivel de bienestar podía minimizar el impacto de los factores de riesgo en las dificultades para dormir. Los autores concluyeron que la relación parece ser bidireccional, ya que los problemas para dormir se relacionaron con un bajo afecto positivo y con un pobre BP, la evidencia encontrada sugiere que los indicadores psicológicos de funcionamiento positivo (BS y BP) están relacionados significativamente con un sueño reparador.

No todos los estudios han encontrado una relación positiva entre los aspectos fisiológicos y el BP, un ejemplo es el caso del trabajo realizado por Libby (2009) para su disertación doctoral, quien exploró la relación entre la Variabilidad de la Frecuencia Alta del Ritmo Cardíaco (VFARC) y el BP, con una muestra de 75 estudiantes universitarios, de ambos sexos en E.U. (media de edad = 20.37 años). La evidencia teórica y empírica en la que basó su estudio, indicaba que la baja frecuencia del ritmo cardíaco estaba asociada con deterioro mental e inadaptación psicológica, y que la frecuencia alta estaba relacionada con niveles más altos de adaptación psicológica y buen funcionamiento emocional. Su trabajo tuvo tres propósitos: a) explorar la relación entre la VFARC y el BP, b) probar que la relación entre BP y la VFARC estaba parcialmente mediada por el afecto positivo, y c) valorar si la VFARC estaba relacionada con la sub escala de relaciones positivas con otros. Sin embargo, los resultados no le permitieron confirmar estas hipótesis, desde su punto de vista estos resultados podían explicarse por las limitaciones del estudio, específicamente por las características de los participantes (estudiantes jóvenes con buena salud) y porque el diseño experimental empleado no fue el adecuado para demostrar las relaciones esperadas.

La relación entre algunos factores de personalidad y el BP ha sido estudiada por diversos investigadores, uno de los primeros trabajos en esta línea fue el estudio de Schmutte y Ryff (1997), su propósito fue identificar si había vínculos significativos entre algunos rasgos de personalidad: Extroversión (Ex), Neuroticismo (N), Apertura a la experiencia (Ap), Agradabilidad (Ag) y Escrupulosidad (Es), con algunas de las dimensiones del BP. Su investigación se realizó utilizando 2 muestras de adultos estadounidenses, la primera muestra (N = 215) estuvo formada por 114 mujeres (casadas, divorciadas, separadas y viudas) y 101 hombres (casados), con un rango de edad de 44 a 65 años; la segunda muestra fue de validación (N = 139) y se conformó con las esposas de los hombres de la primera muestra. Se aplicaron las escalas de BP de Ryff de 84 ítems y el inventario de 5 factores de Costa y MacCrae. Los resultados en ambas

muestras indicaron que todas las dimensiones de BP se relacionaron negativamente con N, y en el caso de las otras dimensiones de personalidad todas las correlaciones con las 6 sub-escalas de BP fueron positivas. Las relaciones positivas más altas fueron con Es y Ex y las más bajas fueron con AP. En sus análisis estas investigadoras encontraron una fuerte conexión entre los cinco factores de personalidad y las 6 dimensiones de BP, Ex y N emergieron como predictores consistentes y fuertes de múltiples aspectos del BP.

El trabajo realizado por Ruini et al. (2003) tuvo como propósito analizar el concepto de BP y su relación con el dolor y los rasgos de personalidad. Estos investigadores trabajaron con una muestra de 450 italianos, 258 mujeres y 192 hombres, de 15 a 85 años (media de edad = 50 años). Aplicaron tres instrumentos: a) las escalas de BP, b) el Cuestionario de Síntomas de Kellner que mide: ansiedad, depresión, somatización y hostilidad/irritabilidad, y c) el cuestionario tridimensional de personalidad que permite el diagnóstico de desórdenes de personalidad (búsqueda de sensaciones, evitación de daño y recompensa de la dependencia). Sus resultados indicaron que las escalas de BP estuvieron negativa y significativamente relacionadas con todas las sub-escalas del cuestionario de síntomas, pero sólo con una dimensión de personalidad, la de recompensa a la dependencia. Los resultados indicaron que en general las mujeres presentaban niveles significativamente más bajos de bienestar, con excepción de relaciones positivas con otros. Por otro lado, se identificaron altos niveles de malestar y de problemas de personalidad. Los autores concluyeron que la relación entre BP, malestar y personalidad es compleja, las correlaciones entre BP y el cuestionario de síntomas fueron débiles, lo que sugiere que no se puede aseverar ni conceptual ni metodológicamente que hay BP sólo por la ausencia de sintomatología de malestar o porque se tienen características de ciertos rasgos de personalidad. Desde su punto de vista, una valoración comprensiva de las personas en escenarios clínicos requiere emplear una medida de funcionamiento óptimo como las escalas de BP.

En el Reino Unido, Abbott et al. (2008) examinaron la relación que, a largo plazo, tenían algunos rasgos de personalidad y el BP de mujeres en la edad adulta intermedia. La muestra estuvo integrada por 1,214 mujeres británicas de 52 años, que formaban parte de una cohorte de personas nacidas entre el 3 y el 9 de marzo de 1946, estudiadas por la National Survey of Health and Development (NSHD), del Medical Research Council. Los rasgos de personalidad (6 de Ex y 6 de N) habían sido medidos con la versión corta del Maudsley Personality Inventory de Eysenck, cuando las participantes tenían 16 años y nuevamente cuando cumplieron los 26; esta información les permitió a los investigadores hacer una valoración longitudinal de ambos rasgos, para evaluar el BP emplearon la versión de 42 ítems de las escalas de Ryff. Tres décadas después, los resultados de la valoración de BP en la adolescencia fueron predictivos en todas las dimensiones de BP, cuando las mujeres tenían 52 años. Las mujeres extrovertidas reportaban niveles más altos de BP en todas las dimensiones de las escalas, por el contrario el N estuvo asociado con niveles bajos de BP en todas las dimensiones. La Ex explicó entre el 7 % (propósito de vida) y el 13 % (relaciones positivas con otros) de la varianza en los resultados de BP, definida como la variable latente usando una ojiva normal en modelos de ítem de respuesta. El porcentaje de varianza de BP explicado por N fue menor que el de Ex, los puntajes altos en N mostraron una correlación negativa con dominio del ambiente, con propósito de vida y con auto-aceptación. Por su parte, las dimensiones de autonomía, relaciones positivas con otros y crecimiento personal presentaron una relación débil con N y explicaron sólo el 1% de la varianza de cada dimensión. En sus conclusiones, los autores señalaron que los rasgos de extroversión y de neuroticismo detectados en la adolescencia de la población estudiada, influyeron negativamente en los niveles de BP reportados en la edad adulta intermedia.

La gratitud y su relación con el BP y los rasgos de personalidad fue investigada por Wood, Joseph y Maltby (2009), el propósito del estudio fue examinar si la gratitud predecía el BP en todas las dimensiones de las escalas, sobre los rasgos de personalidad del modelo de 5 factores de Costa y MacCrae.

Los investigadores trabajaron con una muestra de 201 estudiantes universitarios británicos (128 mujeres y 73 hombres), 75% blancos y 13% hindúes. Se aplicaron tres instrumentos: las escalas de BP en su versión corta de 18 ítems, un cuestionario de 6 medidas de rasgos de gratitud y el NEO Pi-R que mide 30 aspectos de los cinco factores. Sus análisis indicaron que gratitud correlacionó positivamente con algunos factores de Ex, AP, AG y Es y se correlacionó negativamente con algunos rasgos de N. Con respecto a su relación con BP se encontró una correlación positiva pero débil con autonomía y con propósito de vida, en el caso de crecimiento personal, relaciones positivas con otros y auto-aceptación la relación fue moderada, lo que indica que la gratitud es un predictor importante de BP. En sus conclusiones estos autores apoyaron los supuestos teóricos que plantean que la gratitud se vincula con un significado de vida más allá de los 5 factores de personalidad.

Otro estudio longitudinal realizado en el Reino Unido fue el de Wood y Joseph (2009), tuvo como propósito evaluar si la ausencia de BP podría considerarse como un factor de riesgo único para presentar depresión después de 10 años. Estos investigadores trabajaron con una población perteneciente a una cohorte iniciada en 1957 de la Encuesta Longitudinal de Wisconsin. La muestra estuvo conformada por 5,566 hombres y mujeres británicos. Como parte del diseño se hicieron dos mediciones: la primera cuando los sujetos tenían entre 51 y 56 años de edad y la segunda, diez años después cuando la población con la que habían trabajado tenía entre 63 y 67 años. Los instrumentos empleados en las dos mediciones fueron: el inventario de cinco factores de personalidad de John y Srivastava, el instrumento de medición de depresión elaborado por el Center for Epidemiologic Studies of Depression (CES-D) y las escalas de BP en su versión corta de 18 ítems. Los resultados mostraron que la ausencia de BP constituyó un factor de riesgo importante para el desarrollo de síntomas depresivos después de 10 años, independientemente de si había un mal funcionamiento de su salud o un impedimento físico. Para los autores, los resultados de su investigación sugieren que un nivel bajo de BP es un predictor de depresión a futuro, desde su punto de

vista los aspectos positivos de BP son importantes tanto para incrementarlo, como para comprender los desórdenes y apoyar las intervenciones.

Paradise y Kernis (2002) examinaron el grado en el que el Nivel de Autoestima (NAU) y la Estabilidad de la Autoestima (EAU) predecían los puntajes en las escalas de BP; con base en el supuesto de que las personas con un NAU alto y con una EAU constante tendrían puntajes más altos en las sub-escalas de BP, que las que presentaban un nivel bajo y una estabilidad variable. Trabajaron con una muestra de 167 estudiantes universitarios (60 varones y 104 mujeres, 3 participantes no especificaron su sexo.) de un curso introductorio de psicología, a quienes se les aplicaron tres tipos de medición: la versión corta de 18 ítems de las escalas de BP, la escala de Rosenberg de Autoestima y múltiples valoraciones en contextos naturales para valorar la EAU. El estudio se dividió en dos fases, durante la primera se hicieron las mediciones del NAU y el BP, y en la segunda se valoró la EAU. Los resultados indicaron que un nivel alto de autoestima se asoció significativamente con todas las escalas de BP, pero la EAU sólo se correlacionó positivamente con 5 de las sub-escalas, con excepción de crecimiento personal. Particularmente se encontró una asociación positiva entre una EAU constante y las sub-escalas de autonomía, dominio del ambiente y propósito de vida. Por otro lado, encontraron que la interacción entre el nivel y la estabilidad de la autoestima (NAU x EAU) se relacionó positivamente con auto-aceptación, relaciones positivas con otros y crecimiento personal. Para los investigadores, los resultados indicaron que un NAU estable es distinto del inestable en diversos aspectos del funcionamiento psicológico positivo, ya que en el caso de un NAE estable se presentan sentimientos positivos que están contruidos sobre fundamentos sólidos, que no requieren de una validación o promoción constante y que no serán cuestionados o amenazados cuando se presenten adversidades en la vida; en contraparte, un NAU inestable sugerirá a una persona muy preocupada por proteger, mantener y fortalecer sus frágiles sentimientos positivos.

4.3.2 Factores asociados con el BP y algunos eventos de vida.

En 1997, Ryff y Heidrich examinaron en qué medida las experiencias de vida pasadas estaban implicadas en las percepciones presentes y futuras del funcionamiento positivo de 308 estadounidenses (155 fueron hombres y 153 mujeres), divididos en tres grupos de edad (jóvenes, adultos etapa intermedia y en etapa tardía). Las experiencias de vida fueron de tipo normativo (planeadas, de eventos típicos y transiciones a la vida adulta) y de tipo no normativo (no planeadas y atípicamente estresantes). Se les aplicaron instrumentos para evaluar: las experiencias normativas, su desempeño escolar/laboral, la calidad de sus relaciones sociales y de sus actividades, eventos no normativos y su BP. Sus resultados indicaron que los eventos normativos fueron predictores significativos de múltiples aspectos presentes y pasados de BP, pero se encontraron diferencias marcadas en las edades en las que algunas dimensiones fueron clave; en otras palabras para los adultos jóvenes las actividades sociales fueron primordiales, pero para los de edad adulta intermedia lo fueron la familia y los amigos, en el caso de estos últimos los predictores más fuertes de BP fueron el trabajo y las experiencias educativas. Los eventos no normativos fueron predictores positivos significativos sólo en crecimiento personal para los adultos jóvenes.

El estado civil de 6,948 jóvenes y adultos estadounidenses de 19 a 65 años se relacionó con aspectos positivos y negativos del BP por Marks y Lambert (1998). La muestra con la que trabajaron formaba parte de National Survey of Families and Households (NSFH), que comprendía el periodo de 1987 a 1993. Estos investigadores realizaron un estudio longitudinal de cinco años, en donde examinaron los efectos de permanecer en un estado civil determinado (separado/divorciado, viudo, nunca casado/casado) o vivir una experiencia de transición (de casado a divorciado/separado, de casado a viudo, de soltero a casado). Los efectos de continuidad en la soltería fueron semejantes en hombres y mujeres; sin embargo, en el caso de las mujeres, la transición entre el matrimonio y el divorcio o la viudez estuvo asociada con efectos negativos de BP. Mantenerse soltero o volver a ser soltero estuvo asociado con menos efectos

negativos en la salud mental de los adultos jóvenes o de mediana edad. La influencia positiva del matrimonio en todas las dimensiones del BP no fue tan clara, ya que en algunos casos, no hubo diferencias significativas entre personas casadas y solteras e incluso, algunos solteros reportaron mejores niveles de BP, específicamente en autonomía y crecimiento personal.

En otra línea de trabajo, Chang (2006) investigó la relación entre perfeccionismo, estrés y las 6 dimensiones de BP, en 256 estudiantes universitarios del Medio Oeste de los Estados Unidos. Los objetivos de su trabajo fueron: a) examinar la relación entre perfeccionismo y BP, y b) determinar si el estrés era mediador en la relación entre perfeccionismo y BP. Aplicó tres instrumentos: la escala multidimensional de perfeccionismo, la escala de estrés y las escalas de BP. Sus resultados indicaron que el estrés estaba mediado por las relaciones entre el perfeccionismo prescrito socialmente y tres de las dimensiones de BP, específicamente: autonomía, dominio del ambiente y propósito de vida. La asociación entre el perfeccionismo y las escalas de BP fue de moderada a alta (la más baja fue entre auto-aceptación y autonomía, le siguió la asociación entre auto-aceptación y dominio del ambiente, y la más alta fue entre auto-aceptación y propósito de vida. Se encontró una asociación positiva entre el perfeccionismo prescrito socialmente y las sub escalas de autonomía, dominio del ambiente y propósito de vida, pero se convirtió en no significativa después de introducir el estrés, lo que sugirió una mediación total de éste, entre la asociación de perfeccionismo prescrito socialmente y el BP.

Con el propósito de examinar la relación entre espiritualidad, religiosidad, BS y BP, Walker (2009) realizó para su disertación doctoral una investigación con 211 estudiantes afro-americanos de diversos cursos universitarios. Los instrumentos que les aplicó fueron: un cuestionario de datos socio demográficos, la escala de involucración espiritual y de creencias, la escala de satisfacción con la vida de Diener, et al., y las escalas de BP. Sus resultados indicaron que la espiritualidad es un predictor positivo de BS y de BP; sin embargo, la religiosidad no se

correlacionó con ninguno de los dos tipos de bienestar, pero encontró una relación significativa entre espiritualidad y religiosidad.

Heidrich y Ryff (1995) realizaron una investigación longitudinal a corto plazo para estudiar: a) la estabilidad y el cambio en las comparaciones sociales a lo largo del tiempo, b) las relaciones entre la salud física y el uso de comparaciones sociales en el tiempo, c) si el BP era un buen predictor en comparaciones sociales previas o concurrentes y, d) los efectos de las comparaciones sociales. Trabajaron con una muestra de 149 ancianas estadounidenses, a quienes les aplicaron 3 cuestionarios para medir: sus comparaciones sociales, su salud física y su BP. Se hicieron dos mediciones con dos años de diferencia. Los resultados indicaron que una mala salud en la primera medición fue el predictor más frecuente para involucrarse en pocas comparaciones sociales positivas en la segunda medición. Las comparaciones sociales concurrentes contribuyeron a un mejor BP, las mujeres con una salud precaria que se involucraron en comparaciones sociales positivas, mostraron menos depresión y ansiedad y más relaciones positivas con otros en la segunda medición.

La relación entre la falta de BP y la dependencia a las drogas fue estudiada por Raffanelli, Minozzi, Milaneschi y Gostoli (2009), sus propósitos fueron: a) evaluar la sintomatología de la dependencia y el nivel de BP en dos grupos de pacientes, y b) explorar el impacto del diagnóstico, de la terapia farmacológica y de la duración del tratamiento terapéutico en los indicadores de la sintomatología y en los de BP. Las muestras estuvieron formadas por 61 pacientes fármaco-dependientes y 65 pacientes del grupo control. Se aplicaron dos escalas, la de BP y el Cuestionario de síntomas de Kellner que mide: ansiedad, depresión, somatización y hostilidad/irritabilidad. Sus resultados mostraron que la dependencia a las drogas está asociada con altos grados de sintomatología (ansiedad y depresión), además de bajos niveles de BP. Comparado con el grupo control, el grupo clínico tuvo niveles significativamente más bajos en todas las dimensiones de BP y en el cuestionario de síntomas de Kellner. El diagnóstico no produjo ningún efecto significativo en el cuestionario de sintomatología, ni en el de

BP, con excepción de la sub-escala de relaciones positivas con otros. La terapia farmacológica tuvo un leve efecto significativo en el BP. Los autores de este trabajo concluyeron que la dependencia a las drogas está asociada con un alto grado de sintomatología y un bajo nivel de BP. Al respecto consideraron que mejorar el BP de esta población podría ser un buen camino para intervenir con problemas específicos que podrían interferir con la continuidad del tratamiento.

Clarke, Marshall, Ryff y Wheaton (2001) realizaron una investigación para estudiar tanto los patrones de BP en sobrevivientes de infarto cerebral como para identificar los factores que lo restringen y fortalecen. Trabajaron con una muestra nacional del Canadian Study of Health and Aging (CSHA-2), conformada por 5,395 ancianos canadienses, mayores de 65 años, de los cuales sólo 339 eran sobrevivientes de infarto cerebral. Se obtuvo información sobre sus características de salud, sociales, demográficas, además de aplicar la versión corta de las escalas de BP (18 ítems). Comparados con los ancianos que no habían tenido un infarto cerebral, los sobrevivientes tenían niveles de BP más bajos, además de estar más restringidos en sus funciones físicas y cognitivas, sin embargo, el apoyo social y los recursos educativos moderaban el impacto de esta condición neurológica en las personas que la habían sufrido.

4.3.3 Aplicaciones del BP en diversos campos de la psicología.

La relevancia del BP de los empleados en el ámbito de las organizaciones laborales ha sido ampliamente expuesta por Wrigth (2009). Este investigador considera que para los ejecutivos de negocios, la salud mental de los empleados se ha convertido en una meta importante para el funcionamiento de las organizaciones, ya que las empresas buscan empleados con un alto rendimiento pero también, dispuestos a quedarse y a crecer con ellas. Para lograr estas metas, las organizaciones invierten recursos para seleccionar a los mejores empleados y para proporcionarles niveles de productividad, de permanencia y de salud; la clave, desde su punto de vista, es incrementar el BP de los empleados para maximizar su salud mental.

Muchos de los trabajos (Gilbreath & Benson, 2004; Wright & Bonett, 2007; Wright & Cropanzano, 2000) sobre BP en el campo laboral se han hecho retomando instrumentos de medición diferentes al modelo multidimensional de BP propuesto por Ryff; por esta razón en este apartado no se reportan estudios empíricos en este campo.

Con base en la importancia que tiene el BP de los trabajadores en las organizaciones laborales, Page y Vella-Brodrick (2009) propusieron un modelo de salud mental de los empleados, que integra tres tipos de bienestar: el BS conformado por el nivel de satisfacción y el nivel de afecto positivo/negativo, el Bienestar en el Trabajo (BT) que comprende la satisfacción laboral y el nivel de afecto positivo/negativo generado en el trabajo, y el BP que considera las seis dimensiones propuestas por Ryff. Las autoras ofrecen un marco teórico sólido para comprender y medir el bienestar de los empleados, ya que analizan y definen qué es lo que constituye el bienestar de los empleados, por qué es importante para las organizaciones y cómo puede fortalecerse de manera confiable. Sin embargo no se encontró evidencia empírica al respecto en este ámbito.

En el campo de la psicología clínica, el modelo multidimensional de BP (Ryff, 1989a,b; Ryff & Keyes, 1995) fue la base para que Fava y sus colaboradores (Fava, 1999; Fava & Tomba, 2009; Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Belluardo, 1998) desarrollaran una propuesta terapéutica para promover las 6 dimensiones del BP. La Terapia de Bienestar Psicológico (TBP) se caracteriza porque está enfocada en el bienestar emocional y en la promoción de las 6 dimensiones propuestas por Ryff, puede aplicarse en 8 o 12 sesiones semanales y está dividida en tres fases: inicial, intermedia y final e involucra diversas técnicas (auto-observación, uso de un diario estructurado, e interacción entre pacientes y terapeutas). La TBP ha sido empleada para tratar exitosamente desórdenes afectivos como depresión, agorafobia, fobia social y desorden generalizado de ansiedad (Fava, 1999; Fava & Tomba, 2009; Fava et al., 1998; Fava et al., 2005; Moeenizadeh & Kumar, 2010).

Fava et al. (2005) realizaron un estudio en el que compararon dos tratamientos terapéuticos para tratar desórdenes afectivos: la terapia cognitivo conductual (TCC) y una combinación de TCC y TBP. Trabajaron con una muestra formada por 20 pacientes del programa de desórdenes afectivos de la Universidad de Boloña, a quienes se les aplicaron: las escalas de ansiedad y depresión de la Entrevista Clínica para Depresión, las escalas de BP en su versión larga de 84 ítems y 4 escalas para medir malestar (ansiedad, somatización y hostilidad-irritabilidad), los pacientes fueron asignados al azar a cada grupo. Se realizaron un total de 8 sesiones, en un grupo se aplicó únicamente la TCC y en el otro una combinación de 4 sesiones de TCC y 4 sesiones de TBP. Los cambios fueron evaluados con las escalas de ansiedad y depresión aplicadas antes y después de los tratamientos. Los resultados mostraron una diferencia significativa de la combinación TCC-TBP sobre la TCC.

Por su parte Moeenizadeh y Salagame (2010) realizaron recientemente un estudio con una muestra de 40 pacientes iraníes (adolescentes y adultos, de entre 20 y 40 años) diagnosticados con distimia (DSM IV-R), su propósito fue investigar el efecto de la TCC y de la TBP para incrementar el nivel de BP y reducir la vulnerabilidad a la depresión. Trabajaron con un diseño pretest-postest con dos grupos, los pacientes fueron asignados al azar a cada grupo, en uno se aplicó la TCC y en el otro la TBP. Sus resultados mostraron una diferencia significativa entre el pretest y el postest en el caso de la TBP, así como una mayor efectividad para incrementar el BP de los pacientes que la TCC.

El interés por explorar las posibilidades del modelo multidimensional de BP para promover un funcionamiento positivo ha llevado a este grupo de la Universidad de Boloña, Italia a desarrollar un programa de intervención en escenarios escolares para promover el BP de estudiantes de preparatoria (Ruini et al., 2009). Para evaluar la eficacia de dicho programa se realizó un estudio con 227 estudiantes (media de edad= 14.4 años), los cuales fueron asignados al azar tanto al programa de intervención en BP como a un programa placebo. Se aplicaron diversos instrumentos para evaluarlos: la versión corta de 18 ítems de

las escalas de BP, el cuestionario de síntomas de Kellner y una escala de ansiedad. Se realizaron 6 sesiones de dos horas, una vez por semana, después de terminado el tratamiento se hizo un seguimiento de 6 meses. Los resultados mostraron que los jóvenes no sólo incrementaron su BP sino que además se redujeron sus síntomas relacionados con el estrés, en particular las conductas de origen somático y sus niveles de ansiedad.

4.3.4 Relación entre el BP y factores familiares.

La asociación entre el BP y la generatividad en la edad adulta intermedia y tardía fue estudiada por Shin y Cooney (2006), con base en la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, estos investigadores desarrollaron un modelo estructural de BP que les permitió valorar los efectos directos e indirectos del bienestar a lo largo de algunos periodos de vida. La población con la que trabajaron formaba parte de una muestra nacional representativa en los Estados Unidos, la National Survey of Midlife Development of the U.S. (MINDUS), la sub-muestra estuvo conformada por 1,882 hombres y mujeres adultos de entre 35 y 74 años que tenían un hijo adulto. Con excepción de la versión corta de 18 ítems de las escalas de BP, la mayoría de los instrumentos que se aplicaron fueron elaborados por los investigadores para medir cada uno de los indicadores de su modelo (recuerdos de las relaciones pre-adultos con los padres –no se especificó una edad o periodo específico-, experiencias parentales actuales, mediciones de generatividad). Se les pidió a los participantes que recordaran relaciones de bienestar tanto con sus padres cuando ellos eran niños, como experiencias actuales con sus hijos ahora que eran padres. Sus resultados indicaron que el BP de los hombres era más alto que el de las mujeres en todas las escalas excepto en crecimiento personal. Los hombres recordaron mejores relaciones con sus madres y un mayor afecto materno en su niñez que las mujeres. Los participantes que recordaron relaciones positivas y de confianza con sus padres en la niñez reportaron más experiencias positivas con sus hijos y un mejor BP. La generatividad parental tuvo un papel

importante en el BP de las personas de ambos sexos tanto en la edad adulta temprana como tardía; sin embargo, fue particularmente importante en el caso de las mujeres. Las experiencias parentales actuales y la generatividad tuvieron efectos significativos directos sobre el BP. Los recuerdos de las relaciones pre-adultos con los padres tuvieron un efecto directo en el BP e indirecto en la asociación con generatividad y las experiencias paternas actuales.

Otro trabajo realizado sobre esta línea fue el de Rothrauff y Cooney (2008), quienes evaluaron y compararon la relación entre el desarrollo de la generatividad y el BP en adultos con hijos y sin hijos, además de examinar las diferencias por sexo. Trabajaron con una muestra de 2,507 hombres y mujeres estadounidenses, los cuales formaban parte de la base de datos de la MINDUS de 1995. Los participantes fueron organizados en dos grupos: 1) con hijos –biológicos, adoptados o hijastros-, y 2) sin hijos. Se controló la edad, el nivel educativo y los ingresos, debido a que los adultos sin hijos eran más jóvenes y tenían mayores niveles de educación e ingresos, además de estar sobre representado por varones. Se aplicó la versión corta de 18 ítems de las escalas de BP, 5 escalas para medir diversos tipos de generatividad y escalas multi-ítems para valorar obligación cívica y en el trabajo, altruismo e involucración con la comunidad. Sus resultados indicaron una asociación positiva entre generatividad y BP, pero no encontraron diferencias significativas entre las personas con y sin hijos, tampoco fueron evidentes las diferencias entre hombres y mujeres.

Por su parte, Maier y Lachman (2000) estudiaron el efecto que tuvo en el bienestar físico y psicológico de los adultos que conformaron su muestra, la muerte de uno de sus progenitores o el divorcio de sus padres antes de que cumplieran 17 años. La población con la que trabajaron estuvo conformada por 2,988 adultos norteamericanos (49% hombres y 51% mujeres) que participaron en la muestra de 1995 de la encuesta MINDUS. El rango de edad de los participantes en este estudio fue de 30 a 60 años (media de edad= 44.33). Se realizó una entrevista sobre pérdida y separación de los padres y se les aplicaron los siguientes instrumentos: las escalas de BP de 18 ítems, un cuestionario de

depresión, un cuestionario para identificar problemas crónicos de salud y un cuestionario sobre aspectos socio-económicos. Los resultados indicaron que ambos eventos tuvieron un impacto negativo en los problemas de salud y en el ajuste psicológico de los hijos en la adultez. El divorcio pareció afectar más a los varones, ya que se asoció con puntajes bajos en 3 de las dimensiones del BP: relaciones positivas con otros, auto-aceptación y dominio del ambiente; además de que presentaron mayores niveles de depresión. La separación de los padres predice también altos niveles de problemas físicos en hombres y en mujeres. La muerte de un progenitor parece ser un predictor para desarrollar mayor autonomía en el caso de los hombres y una alta probabilidad de depresión en las mujeres.

En su disertación doctoral, Choi (2009) investigó el efecto de la paternidad en el BP de los varones, para lo cual realizó un estudio longitudinal en donde examinó: a) el grado en el que tres aspectos de la paternidad (significado del rol de padre, conductas paternas actuales –involucración paterna-, y calidad de la relación padre-hijo) afectaban el BS (hedonista) y BP (eudemónico) de los padres, y b) si los efectos a largo plazo de la paternidad y la experiencia de bienestar eran moderados por el tipo de relación con los niños (biológico, adoptado o padrastro), por su estado matrimonial y/o por el patrón de convivencia con el niño. En su trabajo utilizó los datos recabados por la National Survey of Families and Households (NSFH) a lo largo de 15 años, organizados en tres periodos: T1: entre 1987 y 1988, T2: 1992 y 1993 y T3: entre 2002 y 2004. La muestra estuvo conformada por 1,249 padres casados con al menos un hijo biológico, adoptado o hijastro. Las dimensiones que evaluó fueron: depresión, satisfacción de vida, BP y autoestima. Sus resultados mostraron que las asociaciones entre las experiencias de la paternidad y el bienestar variaban entre: a) los aspectos de las experiencias de la paternidad (significado del rol de padre vs. involucración del padre y calidad de las relaciones padre-hijo), b) los resultados de ambos tipos de bienestar (BS hedónico y BP eudemónico), y c) el periodo (T1, T2 o T3) analizado. Las asociaciones entre el significado del rol de padre y el BP fueron positivas a lo largo de 5 años. También se encontró una relación significativa a lo largo del tiempo,

entre la satisfacción de vida (BS), la involucración del padre y la calidad de la relación padre-hijo. El tipo de relación con los hijos estuvo asociado significativamente con el malestar y el BP durante 5 años. Los padres que tenían hijos biológicos e hijastros obtuvieron puntajes menores en depresión, comparados con los que sólo tenían hijos biológicos. De igual manera los padres con hijos biológicos e hijastros reportaron un BP más bajo, que los que sólo tenían hijos biológicos.

La asociación entre las prácticas parentales y el BP ha sido estudiada por Hupper et al. (2009), los objetivos de su investigación fueron: a) examinar la asociación entre el BP en la edad adulta y la conducta de los padres durante la niñez y adolescencia de la población estudiada, y b) valorar el papel de los rasgos de personalidad (extraversión/neuroticismo) de las mujeres que conformaron la muestra en la relación con sus padres. Las escalas de BP en su versión de 42 ítems se aplicaron a 1,778 mujeres británicas de 52 años que pertenecían a una cohorte nacida en 1946; el cuestionario que evaluaba las prácticas parentales se aplicó cuando éstas tenían 43 años y los rasgos de personalidad de las participantes se valoraron cuando tenían 26 años. Los resultados permitieron identificar tres estilos paternos: cuidadoso, no involucrado y controlador. Los niveles altos del estilo cuidadoso estuvieron asociados con altos puntajes de BP, mientras que un nivel alto del estilo no involucrado o del controlador se asoció con niveles bajos de BP. Los efectos de los estilos cuidadoso y no involucrado estuvieron mediados por la personalidad de las hijas, mientras que el estilo controlador tuvo efectos directos en el BP. Los autores concluyeron que los efectos de los estilos o prácticas de los padres en la niñez y en la adolescencia persisten en el BP de las personas en la edad adulta.

Como se puede apreciar en los apartados anteriores, la evidencia acumulada sobre el estudio del constructo de BP, desde que Ryff cuestionó en 1989, que el BP era mucho más que la satisfacción de vida y el balance entre afecto positivo y negativo es abundante pero no ha sido contundente. El modelo multidimensional propuesto por esta investigadora tuvo una rápida aceptación pero también críticas.

Como se mencionó en las secciones anteriores los resultados sobre la validez psicométrica de las escalas para medirlo son controvertidos, debido a que algunos investigadores (Abbot, et al., 2006; Kafka & Kozma, 2002; Springer & Hauser, 2006; Springer et al., 2006; Triadó & Villar, 2007) no lograron confirmar sus características psicométricas. En este sentido es necesario seguir trabajando en la medición del constructo de BP y en la identificación de las dimensiones que lo conforman.

Con respecto a la investigación realizada sobre los factores asociados, es claro que sin ser exhaustiva, presenta evidencia empírica que para ser concluyente debe ser corroborada con poblaciones diferentes a las estudiadas. Los factores socio-demográficos como el sexo, la edad, el nivel de ingreso y de estudios parecen tener un peso relevante en nivel de BP de las poblaciones estudiadas. Sin embargo, es necesario puntualizar que aunado a los cuestionamientos sobre la confiabilidad y validez de las escalas, no sólo ha habido diferencias entre los objetivos de las investigaciones realizadas y en las características socio-demográficas de las muestras, sino también y como era de esperarse en sus resultados. La mayoría de los estudios reportados en la sección anterior han trabajado con adultos tempranos y tardíos, y en pocas ocasiones con población más joven. El nivel educativo es otro factor que puede estar afectando el BP y que debe considerarse en trabajos posteriores. Aunque la diferencia entre hombres y mujeres parece ser un factor inobjetable, también debe corroborarse en investigaciones con población de menor edad.

Todos los estudios reportados en la sección anterior sobre la relación entre indicadores biológicos y el BP se han realizado con personas de la tercera edad, y aunque varios de estos trabajos han encontrado una relación positiva entre los indicadores biológicos valorados y las dimensiones del BP, los resultados no han sido concluyentes.

Como se expuso anteriormente se encontraron también algunos trabajos, en donde al menos uno de sus objetivos fue relacionar rasgos de personalidad

(extroversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, agradabilidad y escrupulosidad) con las dimensiones de BP. Si bien las condiciones de los estudios fueron diferentes (población, instrumentos, objetivos) sus resultados parecen seguir una misma línea, la dimensión de neuroticismo está asociada con niveles bajos en todas las dimensiones de BP.

De particular importancia son las aplicaciones del modelo multidimensional en diversas áreas de la psicología, en particular los estudios de Fava et al. (1998, 1999, 2005, 2009) sobre la Terapia de Bienestar Psicológico (TBP) y el de Ruini et al. (2009) quienes desarrollaron un programa de intervención en escenarios educativos para promover el BP de los estudiantes de bachillerato. El trabajo de estos grupos de investigadores en el ámbito de la psicología aplicada abre la puerta a intervenciones y tratamientos novedosos dirigidos a promover el funcionamiento positivo de las personas.

Investigar la pertinencia del modelo multidimensional a lo largo del ciclo de vida en población mexicana requiere, desde el punto de vista de este trabajo, realizar investigación con adolescentes para identificar las dimensiones del constructo y sus aplicaciones para promover el bienestar de nuestra población.

Para Ryff (1989a), las diferencias culturales constituyen un elemento de fundamental importancia en el estudio de BP. En uno de sus primeros trabajos empíricos, puntualizó que sus resultados sobre el BP eran manifestaciones de los valores de una clase social media alta de los Estados Unidos, por lo que era importante que los investigadores consideraran las diferencias culturales, sociales, éticas, históricas y económicas de su población meta en futuras investigaciones.

En 2008 Ryff y Singer plantearon que la línea de investigación teórica y empírica generada por los hallazgos en el estudio del BP era relativamente reciente, aunque reconocieron que había algunas evidencias que podían sugerir líneas de trabajo, aún era necesario conocer cuáles eran los determinantes del funcionamiento psicológico positivo del ser humano.

Si bien, el constructo de BP es controvertido porque se ha explicado desde diversos enfoques, en este trabajo se retoma el planteamiento de que el BP es una percepción personal subjetiva que comprende las seis dimensiones propuestas por Ryff en su modelo multidimensional de BP (Keyes, et al., 2002, Ryff, 1989a,b; Ryff & Singer, 2008). Sin embargo y con base en lo antes expuesto, en esta investigación se asumió que este campo de estudio presenta todavía muchas incógnitas para aceptar o refutar de manera definitiva la base teórica del modelo multidimensional de BP, y que traducir únicamente sus escalas y aplicarlas en nuestro país sería una limitante en el estudio de este constructo con población mexicana.

V. PRÁCTICAS PARENTALES, BP y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

5.1. El proceso de socialización en la familia: la interacción padres-adolescentes.

Las interacciones que se dan en el seno de la familia han sido estudiadas desde hace más de cuatro décadas por diversos investigadores (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Barber, Stolz & Olsen, 2005; Baumrind, 1966, 1971, 1991; Bell, 1968; Belsky, 1979; Clarke-Stewart, 1978; Maccoby & Martin, 1983; Hair et al., 2008; Parke & Buriel, 1998; Silverberg & Steinberg, 1987; Steinberg, Lamborn, Dornbusch & Darling, 1992; Weiss & Schwarz, 1996). No hay duda de que el proceso de socialización se inicia en la familia y que las interacciones de los padres con sus hijos son relevantes, no sólo para asegurar la supervivencia del recién nacido, sino también para fomentar su crecimiento, su desarrollo, su autonomía y su bienestar.

La relación padres-hijos constituye un vínculo único e inicialmente asimétrico (Maccoby & Martin, 1983), ya que la dependencia del recién nacido de sus padres en los primeros años es total y se va reduciendo conforme el niño y los padres crecen. La dirección del efecto en esta interacción es bidireccional (Bell, 1968; Maccoby & Martin, 1983), en otras palabras, los padres responden a las conductas y características de sus hijos y éstos, a su vez responden a los comportamientos y a las características de sus padres.

Los cambios normativos y los avances que logra el niño como consecuencia de su desarrollo van modificando la relación con éstos, de la total dependencia del primer año, pasa a una relativa autonomía en los años preescolares y posteriormente a una supervisión más o menos estrecha en lo académico durante el periodo escolar. Estos avances y las nuevas tareas de desarrollo que deben

afrontar los niños en las primeras etapas del ciclo vital, llevan a los padres a interactuar con sus hijos de manera diferente pero asumiendo, en la mayoría de los casos que son ellos los que dirigen y regulan la conducta de sus vástagos, las reglas básicas de convivencia se mantienen relativamente en equilibrio y en la mayoría de los casos son dictadas por los padres.

Para algunos autores (Baumrind, 1991; Steinberg & Silk, 2002) con la transición de la niñez a la adolescencia, esta estabilidad se ve afectada por tres factores centrales: a) los cambios físicos, cognoscitivos, sociales y emocionales que vive el adolescente, b) las nuevas demandas del contexto social y c) los cambios normativos en la etapa de vida de los padres. Al respecto consideran, que si bien es cierto que la mayoría de las familias logra enfrentar con éxito estos retos y negociar nuevas reglas de convivencia para pasar esta transición de manera satisfactoria, es un hecho que este periodo desafía los recursos emocionales y el buen funcionamiento de muchas familias.

De acuerdo con estos investigadores, una de las fuentes de perturbación que se pueden presentar en la familia del adolescente se puede deber a los cambios físicos propios de la maduración sexual, ya que no sólo afectan la manera en que los jóvenes se ven a sí mismos, sino también la forma en la que los otros los tratan (incluyendo los padres), en muchas familias estos cambios parecen crear una distancia emocional entre los padres y los adolescentes, sin embargo no está necesariamente asociada con un incremento en los conflictos entre padres e hijos.

Otra fuente de perturbación puede deberse a los logros cognitivos que caracterizan la adolescencia, ya que durante esta etapa la capacidad de los jóvenes para abstraer, plantear hipótesis y deducir consecuencias se mejora, lo que les permite analizar y cuestionar desde otra perspectiva las reglas y los convencionalismos familiares, escolares y sociales. Para estos autores, las discrepancias entre padres e hijos por cuestiones como: los horarios, la ropa o los tatuajes se convierten en conflictivas, debido a que el punto de vista de cada una de las partes es diferente; los padres lo ven como una cuestión de bueno o malo

de acuerdo a las convecciones sociales, a diferencia de los jóvenes que lo consideran una cuestión relacionada con una elección personal.

La maduración física y cognitiva permite a los adolescentes buscar definir quiénes son y cómo encajan en el mundo social, la búsqueda de la identidad y de la autonomía están consideradas como tareas normativas en la adolescencia; sin embargo, los padres no siempre están preparados para concederles la autonomía y la independencia que buscan, lo que puede ocasionar conflictos sobre las reglas, las limitaciones y los derechos de sus hijos.

Otra fuente probable de perturbación, analizada por estos investigadores son los cambios sociales a los que se enfrentan los adolescentes, si bien los padres continúan siendo importantes, los compañeros empiezan a tener un papel central en sus vidas, su influencia puede comprender aspectos positivos como apoyo emocional, académico y social, pero también comportamientos negativos como experimentar con tabaco, alcohol, drogas y alentar conductas delictivas y actividad sexual desprotegida.

Como consecuencia de los cambios normativos de la etapa, los adolescentes se enfrentan también a nuevas demandas del contexto social, como son: un incremento en el tiempo sin supervisión, mayor autonomía y menor monitoreo de los padres en las actividades escolares, además de un aumento del tiempo dedicado a aspectos recreativos (música, cine, TV, internet, etc.).

Un último punto considerado por Steinberg y Silk (2002) como fuente probable de perturbación se refiere a los desafíos y a las tareas de desarrollo a las que se enfrentan los padres en la edad adulta, específicamente las relacionadas con el cuestionamiento de sus elecciones de vida (trabajo, matrimonio, familia parental) y los cambios físicos y sociales que conlleva esta etapa. Desde su punto de vista, los padres de los adolescentes a menudo se enfrentan a una serie de cambios de desarrollo que pueden hacer que la tarea de ser padres sea especialmente desafiante.

A pesar de los retos que trae consigo la adolescencia y de la postura de investigadores como Harris (1995), McLeod, Weisz y Wood (2007) y McLeod, Wood y Weisz (2007) que plantean que los padres tienen un modesto e incluso insignificante impacto en el desarrollo de la personalidad de sus hijos, si se compara con la influencia de sus pares y del medio socio-cultural; diversas investigaciones han documentado que uno de los predictores más consistentes para la salud mental y el bienestar de los adolescentes es la calidad de la relación que tienen con sus padres (Barber et al., 2005; Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington & Bornstein, 2000; Hair, et al, 2008; Leary, Kelly, Morrow & Mikulka, 2008; Liem, Cohen & Lusting, 2010; Maccoby & Martin, 1983; Mckinney & Renk, 2008; Sroufe, Egeland, Carlson & Andrew, 2005; Steinberg, 2001).

La relación entre la percepción de los adolescentes sobre las prácticas de sus padres y el funcionamiento positivo y negativo del adolescente ha sido estudiada por diversos investigadores, específicamente algunos se han centrado en los efectos en el BP de los jóvenes (Aufseeser, Jekielek & Brown, 2006; Cripps & Zyromski, 2009; Shucksmith, Hendry & Glendinning, 1995) y otros en las conductas problemáticas o de riesgo (Borawski, Levers-Landis, Lovegreen & Trapl, 2003; Kincaid, Jones, Cuellar & Gonzalez, 2011; Mahabee-Gittens et al., 2011).

5.2. Prácticas parentales.

Los primeros estudios sobre la relación padres-hijos fueron realizados por Baumrind (1991), fue esta investigadora quien utilizó por primera vez el término estilo parental para describir los intentos de los padres para monitorear y socializar a sus hijos. Desde el punto de vista de Darling (1999), hay dos puntos críticos en esta definición: 1) el estilo parental describe una variación normal de la conducta de los padres, es decir la tipología no está concebida para incluir la conducta desviada como el abuso o el abandono y 2) asume que la paternidad normal gira alrededor del control, aunque muchos padres difieren en cómo tratan de controlar o socializar a sus hijos y en el grado en que lo hacen. En este sentido, Baumrind

asumió que el papel central de todos los padres era influenciar, enseñar y controlar a sus hijos.

Para Darling (1999) el estilo parental contempla dos elementos relevantes: la capacidad de respuesta y la capacidad de demanda de los padres. La primera comprende la calidez y el apoyo parental y hace referencia al grado con el cual los padres alientan la individualidad, la auto-regulación y la auto-afirmación. La capacidad de demanda hace referencia al control parental y comprende las peticiones que los padres hacen a sus hijos para integrarse a la familia, a través de sus indicaciones y de sus esfuerzos de supervisión, disciplina y buena voluntad para confrontar al niño que desobedece. Desde su perspectiva los estilos pueden variar dependiendo de la capacidad de respuesta y demanda de los padres, pero también difieren dependiendo del tipo de control psicológico que ejercen. El control psicológico fue definido por Barber (1996) como el tipo de control que pretende introducirse en el desarrollo psicológico y emocional del niño a través de prácticas parentales tales como la inducción de culpa, el retiro del afecto y la vergüenza.

Actualmente y con base en si hay una alta o baja capacidad de respuesta o demanda por parte de los padres hacia sus hijos, se reconocen 4 estilos parentales (Baumrind, 1991; Maccoby & Martin, 1983): permisivo (indulgente o no directivo), autoritario, autoritativo y negligente. Para Darling (1999), el estilo parental no sólo ha demostrado ser un predictor del bienestar del niño en dominios: de competencia social, de ejecución académica, de desarrollo psicosocial y de problemas de conducta, sino que además es un indicador robusto del funcionamiento parental que predice el bienestar a través de un amplio espectro de ambientes y comunidades en las que participa el niño.

En 1993, Darling y Steinberg propusieron un modelo contextual de estilo paternal, que integraba dos tradiciones en la investigación sobre socialización: el estudio de las prácticas parentales y de los estilos parentales. Su propósito fue comprender mejor el proceso a través del cual los padres influyen en el desarrollo de sus hijos. En su modelo tanto las prácticas como los diversos tipos de estilo

parental eran el resultado de las metas y los valores de los padres; sin embargo, consideraban que cada uno influía en el desarrollo del niño a través de procesos diferentes.

Estos investigadores definieron las prácticas parentales como las conductas específicas que los padres emplean para socializar a sus hijos, mientras que el estilo parental hacía referencia a las características de los padres, es decir al clima emocional con el que educan a sus hijos.

Con base en este modelo integral, las prácticas parentales tienen un efecto directo tanto en el desarrollo de conductas específicas de los niños (reglas para comer, actividades académicas), como en sus características personales (adquisición de valores particulares, o una autoestima alta), y constituyen los mecanismos por medio de los cuales los padres ayudan a sus hijos a lograr sus metas de socialización. Por su parte, el estilo parental es la variante contextual que modera la relación entre las prácticas parentales y los resultados específicos de desarrollo, afectando su capacidad para socializar a sus hijos. Desde su punto de vista, el estilo parental moderaba la influencia de las prácticas parentales en el desarrollo del niño, al menos en dos formas: 1) transformando la naturaleza de las interacciones padre-hijo y 2) influyendo en la personalidad del niño.

Con base en lo anterior postularon que “el grado en el que un niño manifiesta una característica conductual o psicológica particular varía como una función adjunta de: a) el grado en el cual las prácticas que los padres emplean están correlacionadas con un resultado específico y b) el grado en el que el estilo que emplean los padres es efectivo para influir al niño en general” (Darling & Steinberg, 1993, p. 494).

5.3. Evidencia empírica acerca de la relación entre prácticas parentales, BP y conductas de riesgo en adolescentes.

Steinberg (2001) considera que la investigación sobre las relaciones padres-adolescentes ha mantenido una presencia constante en la literatura científica en los últimos años, donde el interés central han sido los jóvenes y cómo asegurar su salud y bienestar. En este apartado se revisan algunos estudios que han vinculado los estilos parentales y/o las prácticas parentales tanto con un desarrollo y bienestar psicológico saludable, como con la presencia de conductas problemáticas.

Con el propósito de probar la revisión de Maccoby y Martin sobre el trabajo de Baumrind, un grupo de investigadores (Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991) realizaron un estudio cuya muestra estuvo conformada por 10,000 adolescentes estadounidenses de 14 a 18 años, a quienes se les administraron dos cuestionarios con formato de auto-reporte que medían dos dimensiones: aceptación/involucración y severidad/supervisión. Las familias fueron clasificadas de acuerdo a los estilos parentales identificados por los autores antes mencionados: autoritario, autoritativo, permisivo y negligente. Los jóvenes fueron evaluados con base en sus resultados en mediciones de desarrollo psicosocial, rendimiento académico, angustia internalizada y problemas de conducta. Sus hallazgos indicaron que los adolescentes cuyos padres estaban categorizados como autoritativos obtuvieron puntajes altos en las mediciones de competencia social y bajos en las que medían disfunciones conductuales y psicológicas; un resultado opuesto se dio en el caso de los padres negligentes. Los jóvenes con padres autoritarios puntuaron bien en obediencia y conformidad, pero sus calificaciones fueron más bajas en lo relacionado con su auto-concepto. En lo que se refiere a los padres permisivos se encontró un alto puntaje en el sentido de autoconfianza de los jóvenes pero una frecuencia alta en el uso de sustancias, mala conducta, así como poca involucración en la escuela.

Steinberg et al. (1992) examinaron el impacto de las prácticas de padres autoritativos, la involucración parental en la escuela y la motivación de los padres para fomentar el logro escolar de sus hijos. Su muestra estuvo conformada por 6,400 estudiantes estadounidenses de 14 a 18 años de nueve escuelas. En 1987 los jóvenes reportaron las prácticas de sus padres para involucrarse en la escuela y para motivarlos a tener éxito académicamente. La información sobre los aspectos de la involucración y el desempeño escolar de los adolescentes se recolectó en 1987 y en 1988. Los instrumentos que se aplicaron fueron: un cuestionario sobre estilo autoritativo, una escala de aceptación/involucración, un cuestionario de involucración parental en la escuela, un cuestionario sobre motivación parental para el éxito y un cuestionario sobre resultados académicos de los estudiantes. Sus resultados indicaron que los padres autoritativos (nivel alto de aceptación, supervisión y autonomía psicológica) tuvieron un impacto significativo débil, en el desempeño escolar de los adolescentes y en su involucración escolar en la preparatoria. Con respecto al papel mediador que tuvieron la involucración y la motivación parental para el éxito académico de los jóvenes, se encontró una relación significativa moderada, lo que sugirió un impacto positivo de este estilo parental en el desempeño de los adolescentes en la escuela. En contraparte, en los estilos no autoritativos disminuyó el impacto benéfico de la involucración de los padres en la escuela.

En 1994, Kurdek y Fine publicaron un artículo en el que evaluaron la relación entre el ajuste de los adolescentes y su percepción de la aceptación y el control familiar. El estudio se realizó con dos muestras de jóvenes, la primera conformada por 851 (media de edad = 12.36 años) y la segunda por 269 estudiantes (media de edad = 10.89 años). Las medidas que se emplearon para valorar el ajuste de los adolescentes fueron: cuestionario de salud derivado del Health and Daily Living Youth Form de Moos, Cronkite, Billings y Finney, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de auto-eficacia de Parlin y Schooler, un auto-reporte para medir problemas de auto-regulación (calificaciones de algunas asignaturas), consumo de tabaco y alcohol, problemas externalizados (frecuencia de peleas,

amenazas, discusiones entre compañeros o con maestros) y competencia psicosocial. Para medir la percepción familiar emplearon reactivos tipo Likert con 7 opciones de respuesta, tres para aceptación y 3 para control. En la muestra 1, las dimensiones de ajuste incluyeron auto-reportes de competencia psicosocial y de problemas de auto-regulación. En la muestra 2, el ajuste fue indicado por la valoración de sus compañeros sobre el grado de simpatía. Los resultados indicaron que las correlaciones fueron significativas pero débiles, en la dirección esperada. En las dos muestras, la aceptación y el control familiar se relacionaron positivamente con el ajuste; sin embargo encontraron que en la muestra 1, el control familiar estuvo curvi-linealmente relacionado con ajuste pero con un patrón diferente a la otra calificación de ajuste. La relación entre el control familiar y la competencia psicosocial fue positiva, en los niveles más altos de control familiar la correlación fue más alta, pero los niveles de control bajo se relacionaron con problemas de auto-regulación.

Con base en el trabajo de Lamborn et al. (1991) y de Maccoby y Martin (1983), Shucksmith, Hendy y Glendinning (1995) realizaron un estudio en el Reino Unido para examinar las implicaciones de diversos modelos de paternidad en el funcionamiento de los adolescentes, considerando dentro de este último la integración escolar y el bienestar psicológico. La población con la que trabajaron formaba parte del proyecto Young People's Leisure and Lifestyles, que en 1987 aplicó una medición de línea base a más de 10,000 jóvenes escoceses, estratificados por grupo escolar (9/10, 11/12, 13/14, 15/16, 17/18, y 19/20 años) y por conglomerados por área escolar (30 secundarias y 94 primarias federales). La muestra final de estudio estuvo conformada por dos grupos que habían participado en la medición de línea base, el primero con 1,008 mujeres y 1,027 hombres de la cohorte de 13 a 14 años y el segundo por 1,134 mujeres y 1,142 hombres de la cohorte de 15 a 16 años en esa etapa del estudio. Se emplearon diversos instrumentos para medir la percepción de los adolescentes sobre: la calidad de la relación con sus padres, el apoyo y el interés parental, sus expectativas, actitudes hacia la autoridad parental, conductas conflictivas y problemas con los padres,

aprobación de su apariencia y de sus amigos, influencias parentales sobre su apariencia y el uso del tiempo libre, la importancia de la familia, la cantidad de tiempo que pasaban en familia, y la frecuencia del contacto con otros miembros del grupo familiar. Para evaluar el bienestar psicológico emplearon el General Health Questionnaire de Golbergd y Williams, que mide síntomas de malestar psicológico. Sus resultados permitieron identificar cuatro tipos distintos de estilos parentales, con diversos grados de aceptación y control de la conducta del joven. El estilo permisivo predominó en la muestra. Sin embargo, el estilo más efectivo, considerando las medidas de integración escolar y bienestar psicológico fue uno de tipo autoritativo, el cual se caracterizó por presentar niveles elevados de aceptación y control. En pocas familias hubo problemas significativos en la relación padres-adolescentes, en estos casos, las interacciones padres-hijos se caracterizaron por presentar bajos niveles de aceptación y control, con descontento escolar y con resultados psicológicos bajos para los jóvenes involucrados. Los estilos parentales tuvieron un impacto significativo en el bienestar psicológico, en general, sus resultados indicaron que los síntomas de malestar estaban claramente asociados con adolescentes cuyas familias presentaron indicadores de una relación padres-adolescente disfuncional, independientemente del tipo y de las circunstancias de la familia. Por otro lado, sus análisis sugirieron que una aproximación más autoritativa podría representar una aproximación parental más efectiva, ya que los jóvenes que pertenecían a estas familias fueron los que reportaron menos síntomas de malestar psicológico.

Weiss y Schwartz (1996) realizaron un estudio para examinar la generalización de los hallazgos de Baumrind sobre los efectos del estilo parental en el desarrollo de niños de 3 a 15 años. Estos investigadores emplearon un diseño de múltiples informantes con una población de adolescentes tardíos, en quienes la influencia de los padres ha disminuido y la presencia de los amigos se ha incrementado. Desde su punto de vista, la combinación entre la edad y el contexto ambiental permitiría probar la internalización de las normas parentales. Trabajaron con 178 estudiantes de la Universidad de Connecticut, con sus

compañeros de cuarto, con sus padres, sus madres y un hermano. La muestra fue tomada de la base de datos del Family Dynamics Study, que estudiaba los conflictos familiares y su influencia en el ajuste en la adolescencia tardía. Los estudiantes y sus familias fueron seleccionados considerando diversos criterios de inclusión. Los participantes contestaron los cuestionarios por escrito y por separado para evitar cualquier influencia. Las mediciones que hicieron fueron sobre: a) la tipología parental considerando seis tipos (autoritativo, democrático, no directivo, no autoritario-directivo, autoritario-directivo y negligente) y b) cuatro categorías de variables criterio (personalidad, desempeño académico, ajuste y uso de sustancias). Los resultados mostraron que aunque las diferencias entre los tipos parentales y los criterios medidos fueron similares a los de Baumrind, en esta investigación encontraron: a) que la magnitud de estas diferencias fue menor que la reportada en esos estudios previos, b) que las características que distinguen a los hijos criados con diversos estilos parentales estuvieron presentes también en los adolescentes tardíos, c) que el estilo negligente estuvo asociado con una diversidad de secuelas negativas para los hijos como: inconformidad, inadaptación, egoísmo y alto consumo de alcohol, y d) que los hijos de padres con estilo autoritario-directivo tuvieron un puntaje bajo en aptitud y logro académico, comparado con los estilos no-directivo y el autoritativo. Para estos investigadores, uno de los hallazgos más divergentes con los estudios previos fueron los resultados positivos obtenidos por los jóvenes de padres con estilo no directivo, los cuales fueron muy semejantes a los del grupo de padres autoritativos. Al respecto, consideraron que las diferencias de edad de los participantes en los diversos estudios, así como las diferencias metodológicas podían ser algunas explicaciones de dicha discrepancia.

Fletcher, Steinberg y Sellers (1999) realizaron una investigación para tratar de responder tres preguntas sobre el papel de la percepción que tiene el adolescente de la consistencia entre los padres con respecto a su competencia, las preguntas que se plantearon fueron: 1) ¿Los beneficios de la paternidad autoritativa incrementan con el número de padres autoritativos en casa, o es la sola presencia

de uno de ellos suficiente para promover un desarrollo positivo en los adolescentes?, 2) ¿Es mejor para los adolescentes que experimentan consistencia entre los padres, que éstos sean no autoritativos, o se benefician más con la presencia de un solo padre autoritativo en un hogar inconsistente?, y 3) ¿Hay cierto tipo de inconsistencia parental que pueda ser dañina o benéfica para el bienestar del adolescente? Para valorar si la consistencia inter-parental variaba, examinaron los resultados organizados en cuatro dominios: competencia académica, problemas de conducta, desarrollo psicosocial y malestar internalizado. El estudio se realizó a lo largo de dos años, en el primer año la muestra final estuvo conformada por 1,117 estudiantes de preparatoria (48% hombres y 52% mujeres), de los cuales sólo 514 participaron en el segundo año. Los instrumentos que emplearon fueron: un cuestionario de datos demográficos, el Parental Involvement in Schooling Scale de Steinberg et al., el Cornell Parenting Inventory de Rodgers, la School Orientation Scale de Wehlage et al. y tres cuestionarios sobre la frecuencia de diversos tipos de problemas de conducta (uso de drogas, delincuencia y problemas escolares), la Escala de Autoestima de Rosenberg, dos sub-escalas del Psychosocial Maturity Inventory de Greenberger et al. para competencia psicosocial y dos índices de malestar internalizado adaptados de la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) de Radloff. Algunos de sus resultados mostraron que en una minoría sustancial de familias conformadas por los dos padres (25%), cada uno de ellos mostraba estilos parentales diferentes. Los adolescentes con un padre autoritativo mostraron una competencia académica más alta que sus compañeros que tenían padres consistentes pero no autoritativos. Las diferencias entre el ajuste psicológico de los adolescentes que reportaban tener un padre autoritativo y los que informaron tener a ambos padres, fueron significativas pero débiles. Los adolescentes con un padre autoritativo y otro no autoritativo mostraron más síntomas psicológicos y somáticos de malestar que los que tenían a ambos padres autoritativos; sin embargo, estos hallazgos no se observaron en el estudio longitudinal. En general sus resultados indicaron que el que los adolescentes

perciban consistencia de parte de sus padres parece no ser particularmente benéfico, es más, la inconsistencia parental puede motivar la competencia académica en los jóvenes, siempre y cuando haya un padre autoritativo.

Por su parte, Muris, Meesters, Schouten y Hoge (2003) realizaron un estudio en el que examinaron los efectos mediadores y moderadores del control parental percibido por los hijos y su relación con síntomas de ansiedad y depresión de adolescentes holandeses. Trabajaron con una muestra de 167 estudiantes (83 hombres y 84 mujeres) de entre 11 y 14 años. Evaluaron la percepción de las conductas parentales, el control percibido y síntomas de ansiedad y depresión. Sus análisis indicaron altos niveles de prácticas parentales negativas asociadas con altos niveles de ansiedad y depresión, que también estuvieron relacionadas con bajos niveles de control percibido, cabe señalar que la correlación fue significativa pero baja. Por otro lado, no encontraron evidencia respecto a la presencia de efectos mediadores del control percibido y los síntomas de depresión y ansiedad, pero identificaron que había un efecto moderador de control percibido en el vínculo entre una crianza ansiosa y síntomas de ansiedad. La combinación entre un alto control percibido y bajos niveles de crianza ansiosa produjeron los niveles más bajos de ansiedad. No encontraron efectos moderadores del control percibido entre las conductas de crianza y/o depresión.

Borawski et al. (2003) compararon la percepción de 662 adolescentes ($M = 15.7$ años) acerca de: a) la supervisión y el monitoreo de sus padres en relación a los lugares que frecuentaban y a las actividades que realizaban, b) la negociación del tiempo con compañeros sin supervisión (grado y condiciones bajo las cuales los padres manejan las peticiones de sus hijos de independencia y libertad), c) la confianza que sus padres tienen en ellos, y d) las conductas intencionales (actividad sexual, uso de sustancias –tabaco, alcohol y marihuana-) y sus consecuencias. Las asociaciones encontradas entre las prácticas de los padres y las conductas de los jóvenes fueron significativas pero bajas, algunas de éstas fueron: 1) los jóvenes que reportaron altos niveles de supervisión y monitoreo

reportaron menos actividad sexual y tasas más bajas de uso de tabaco, alcohol y marihuana, 2) aquéllos que obtuvieron altos niveles de negociación sin supervisión se asociaron con un incremento en la prevalencia del uso de tabaco, alcohol y marihuana; así como de mayor actividad sexual con protección, y 3) la confianza de los padres se relacionó con una baja prevalencia de actividad sexual, de reportes de enfermedades de transmisión sexual, de uso de alcohol, tabaco y marihuana y con tasas altas de consistencia en uso del condón. Los autores concluyeron que la confianza entre los padres y las mujeres resultó ser un impedimento para realizar conductas de riesgo pero no tuvo el mismo efecto en los varones.

Con el propósito de obtener una mayor precisión para entender cómo están vinculadas las dimensiones parentales de: apoyo, control psicológico y control conductual con algunos indicadores del funcionamiento de los adolescentes como: la iniciativa social, la depresión y la conducta antisocial, Barber et al. (2005) publicaron una monografía en la que reportaron los resultados de una serie de estudios longitudinales, desarrollados desde 1994 hasta 2001. Su investigación comprendió la evaluación del modelo parental con adolescentes estadounidenses y posteriormente estudios comparativos con adolescentes de poblaciones en 10 naciones. En los estudios realizados en Estados Unidos la muestra estuvo conformada por 933 estudiantes de Utah, de 11 a 17 años; y en los estudios comparativos entre naciones, la población total con la que trabajaron en las 10 naciones o grupos étnicos de África, Asia, Europa, los Balcanes, el Oriente Medio y del Norte y Sur de América fue de 9,050 adolescentes. Con base en los trabajos de Schaefer realizados en los años 60's y en la revisión de la investigación sobre tres dimensiones de la conducta parental percibida, desarrollaron un marco conceptual en el que plantearon que el apoyo parental se vinculaba con competencia social, el control psicológico con problemas de salud mental y el control conductual bajos niveles de conformidad. Las mediciones de los primeros estudios se realizaron en 1994 y en 1997, sus resultados confirmaron y ampliaron los hallazgos de las investigaciones previas: la percepción de apoyo parental

estuvo ligada con mayor iniciativa social y bajos niveles de depresión; el control psicológico se asoció con depresión y en menor medida con conducta antisocial; por su parte la percepción de control conductual estuvo vinculado con bajos niveles de conducta antisocial. Es importante aclarar, que si bien los efectos que encontraron estos investigadores fueron significativos, éstos fueron moderados. Con respecto a los estudios comparativos en las diversas naciones, las mediciones se hicieron de 1997 a 2001 y sus resultados confirmaron la pertinencia del marco conceptual del modelo parental desarrollado.

Para identificar las diferencias entre adolescentes, con y sin desventajas económicas, sobre la percepción que tienen de diversos aspectos de la relación con sus padres, Shek (2005) realizó una investigación con 3,017 estudiantes chinos de secundaria (media de edad= 12.65), de los cuales 1,331 eran hombres y 1,670 eran mujeres, 16 participantes no especificaron su sexo. Para valorar la percepción de los jóvenes utilizó diversos instrumentos, los aspectos valorados fueron los siguientes: a) el control paterno, que comprendió: comportamientos, conocimiento sobre las actividades de los jóvenes, expectativas, monitoreo, disciplina, estilos parentales, b) la calidad de la relación padres-hijos, en donde contempló: la satisfacción sobre el control paterno, la disposición para comunicarse, la confianza en los hijos, la confianza en los padres, y c) por último, el bienestar psicológico de los jóvenes, en donde valoró: la esperanza, el dominio o control personal, la satisfacción de vida y la autoestima. No encontró diferencias entre los jóvenes con y sin desventajas económicas en las variables maternas, excepto en conocimiento y monitoreo paternal, los adolescentes cuyas familias estaban recibiendo asistencia pública, percibieron el control parental y la calidad de las relaciones padres-hijos de una manera más negativa que los adolescentes que no la recibían. El bienestar psicológico de los jóvenes que tuvieron desventajas económicas fue más bajo que el de los adolescentes sin desventajas.

En 2007, Wang, Pomerantz y Chen realizaron un estudio longitudinal de 6 meses, en donde compararon los efectos a través del tiempo del control parental y del apoyo a la autonomía en el funcionamiento de niños de China y Estados

Unidos. Su muestra fue de 806 estudiantes de escuelas públicas, conformada por 373 (186 niños y 187 niñas) estadounidenses y 433 (224 niños y 209 niñas) chinos ($M= 12.78$ años). Trabajaron en dos momentos, el primero en verano y nuevamente en primavera. Los instrumentos fueron elaborados en inglés y traducidos y adaptados al chino. Las dimensiones evaluadas fueron: a) con respecto a los padres: control psicológico (reactivos de los instrumentos de Barber, en 1996 y de Silk et al., en 2003), apoyo psicológico a la autonomía (reactivos de instrumentos elaborados en investigaciones previas) y control conductual (reactivos del instrumento desarrollado por Kerr y Stattin, algunos de estos fueron modificados y se agregaron otros), b) con relación a los niños: 1) bienestar emocional (emociones positivas, satisfacción de vida y autoestima) y malestar emocional (emociones negativas) y 2) funcionamiento académico: la inversión de la meta (importancia del trabajo en 4 asignaturas), estrategias de enseñanza y calificaciones. Se encontraron tanto similitudes como diferencias a lo largo del tiempo entre los participantes de los dos países. El control psicológico de los padres predice desaliento en el funcionamiento emocional de los niños, el apoyo psicológico para la autonomía predice un fortalecimiento del funcionamiento emocional y académico, y el control conductual de los padres predice un fortalecimiento del funcionamiento académico; en general el porcentaje de varianza explicada de los efectos fue significativo pero bajo ($< .29$). Con respecto a las diferencias culturales, encontraron que el apoyo psicológico de los padres para la autonomía fue más alto en Estados Unidos que en China. En ambos países, se encontró poca evidencia sobre los efectos del control parental a través del tiempo en el funcionamiento emocional y académico de los niños. Análisis complementarios indicaron que los efectos del control psicológico se limitaron al funcionamiento emocional, y los efectos del control conductual al funcionamiento académico de los niños. El apoyo psicológico para la autonomía tuvo efectos en los dos ámbitos de funcionamiento de los niños.

Por su parte, Shek (2007) realizó un estudio para evaluar las relaciones concurrentes y longitudinales entre el control psicológico (materno y paterno) y el

bienestar psicológico (satisfacción de vida, autoestima y sentido de control de su vida) de adolescentes en Hong Kong. El estudio longitudinal se realizó en dos tiempos, en el primero la muestra estuvo conformada por 3,017 estudiantes chinos de secundaria (media de edad= 12.65), de los cuales 1,331 eran hombres y 1,670 eran mujeres, 16 participantes no especificaron su sexo. En el segundo tiempo, realizado un año después del primero, la muestra fue de 2,758 estudiantes (1,204 hombres y 1,544 mujeres, 10 participantes no especificaron su sexo). Los resultados indicaron que la relación entre el control psicológico percibido predice el bienestar psicológico de los adolescentes a lo largo del tiempo, además de encontrar que dicha relación fue bidireccional, confirmando los resultados de estudios previos. Con relación a la contribución del control psicológico materno y paterno a través el tiempo, encontró que el control psicológico paterno percibido en la primera medición permitió predecir cambios en la satisfacción de vida en la segunda medición, particularmente en el caso de las mujeres. Por otro lado, el control psicológico de la madre en el primer tiempo predijo cambios en la autoestima de los adolescentes en el segundo tiempo. Sin embargo, la magnitud del tamaño de los efectos encontrados a lo largo del estudio entre control conductual y bienestar psicológico fueron bajos. Los adolescentes que percibieron un alto control psicológico en ambos padres en el primer tiempo presentaron un nivel bajo de bienestar psicológico en el segundo tiempo, en comparación con aquellos jóvenes que únicamente percibieron control psicológico en uno de sus progenitores.

Con el propósito de investigar la influencia de la relación padres-adolescentes, en el futuro bienestar mental de los jóvenes y en la presencia de conductas delictivas, Hair et al. (2008) realizaron un estudio longitudinal de cinco años para valorar si la influencia de esta relación en el comportamiento subsecuente de los adolescentes estaba mediada por el proceso familiar. La población con la que trabajaron formaba parte de una muestra representativa a nivel nacional en Estados Unidos, del National Longitudinal Survey of Youth. Los adolescentes tenían entre 12 y 16 años en 1997, el cuestionario que se les

aplicaba contenía preguntas relacionadas con una amplia diversidad de tópicos como progreso escolar, conducta sobre fuerza laboral y la transición de la escuela al trabajo, la información se recolectaba cada año. En el caso particular de la investigación de Hair y sus colaboradores, se usaron sólo los datos de la primera etapa (1997) para aplicar el instrumento de la relación padres-adolescentes, los de la tercera etapa (1999) para el de las variables mediadoras en el proceso familiar, la cuarta etapa (2000) para las variables de salud mental y la quinta etapa (2001) para las variables de delincuencia. La muestra final estuvo conformada por 4,671 adolescentes con padres (biológicos, adoptivos y padrastros). Los autores emplearon un modelo de ecuaciones estructurales para examinar la hipótesis de que las relaciones entre los resultados de los adolescentes (bienestar mental y delincuencia) y la percepción de la calidad de la relación padres-adolescentes en la adolescencia temprana estaban mediadas por las prácticas de sus padres en la adolescencia media. Trabajaron con modelos de ecuaciones estructurales para analizar la influencia de la calidad de la relación padres-adolescentes en la adolescencia temprana tanto con el bienestar mental como con las conductas delictivas en la adolescencia tardía. Sus resultados mostraron la influencia de una relación positiva de la calidad de la relación padres-adolescentes con el bienestar mental y de una relación negativa con las conductas delictivas. En ambos casos los índices convencionales para evaluar los modelos indicaron que ambos modelos describieron la relación adecuadamente. En términos generales, sus resultados mostraron: a) que el sexo de los padres estuvo significativamente asociado con la magnitud del efecto de la relación padres-adolescentes en las prácticas parentales relacionadas con las rutinas familiares, el monitoreo y el tipo de disciplina (estricta/permisiva) pero no afectó la relación entre las prácticas y la delincuencia y el bienestar mental, b) la percepción de una buena calidad en la relación padres adolescentes estuvo fuertemente asociada con la participación en rutinas familiares, y un puntaje alto en la percepción del adolescente sobre el apoyo e interés que le proporcionaban sus padres, c) una buena relación padres-adolescentes resultó una influencia positiva para un mejor bienestar mental y para

una menor frecuencia de conductas delictivas, y c) que esta relación estaba mediada por las rutinas familiares, el monitoreo de los padres y el apoyo parental. Algunas de sus conclusiones fueron: 1) la calidad de la relación padres-adolescentes importa, aún y cuando éstos estén en la transición hacia la adultez, 2) esta relación está vinculada con el desarrollo del adolescente a través de la asociación de las actividades de la rutina diaria y de su percepción del apoyo e interés de sus padres, 3) las relaciones del adolescente con el padre y la madre son importantes, aunque los coeficientes de correlación con los padres fueron más débiles que con de las madres, 4) los padres son importantes tanto para las hijas como para los hijos, las relaciones estructurales entre la relación parental positiva, delincuencia y bienestar fueron consistentes en hombres y mujeres, y 5) múltiples aspectos de la percepción del proceso familiar importan y no pueden representarse por una sola variable; todas las medidas que emplearon predijeron significativamente al menos una de las variables dependientes. Al respecto consideraron que las prácticas que habían empleado parecían representar aspectos distintos de la paternidad durante la adolescencia.

Las experiencias de castigo físico en el ambiente familiar durante la niñez y su relación con la percepción de sus consecuencias afectivas y de personalidad en estudiantes universitarios de 18 a 26 años de edad, fueron examinadas por Leary et al. (2008). Su muestra fue de 272 estudiantes estadounidenses de bachillerato, conformada por 52 hombres y 222 mujeres (media de edad= 20.3 años). Analizaron los datos de 150 participantes (75 de ellos con altos puntajes de castigo físico y 75 con puntajes bajos). Los instrumentos que emplearon fueron: las Revised Conflict Tactics Scales de Strauss et al. (valoran diversos tipos de conductas, desde adaptativas hasta abusivas), la Family Functioning Scale de Tavitian et al. (mide cinco dimensiones de la vida familiar: rituales, afecto positivo, preocupaciones, comunicación y conflictos), la escala del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) de Radolff (valora síntomas depresivos), el cuestionario Self-Analysis Form de Kremen (mide síntomas de ansiedad), el Personality Assessment Inventory de Morey (evalúa diversos factores de

personalidad) y un cuestionario de datos demográficos (sexo, edad, nivel de educación, residencia y estatus de relaciones). Sus resultados indicaron que aquellos participantes que habían tenido experiencias con alto nivel de castigo físico en sus familias, reportaban puntajes significativamente más altos de conflictos familiares, más relaciones negativas con sus padres, más preocupaciones familiares, más síntomas depresivos, una percepción mayor de no apoyo, más problemas de identidad, además de un mayor número de relaciones sociales negativas. Por el contrario, los que reportaron un nivel de castigo físico bajo obtuvieron niveles significativamente más altos en afecto familiar positivo. Desde el punto de vista de los autores de esta investigación, los resultados sugieren que la experiencia de la disciplina física en la niñez puede estar relacionada con el ambiente familiar y el bienestar psicológico en la etapa adulta temprana.

Si bien es cierto que en los últimos años se han realizado diversas investigaciones sobre las interacciones padres adolescentes, desde el punto de vista de McKinney y Renk (2008) algunas variables relevantes de esta relación no se han integrado en un modelo multivariado. En este sentido, y con el propósito de identificar predictores relevantes en la adolescencia tardía, estos investigadores realizaron un estudio para: 1) examinar las interacciones parentales de díadas por género en la relación padres-adolescentes, desde la perspectiva de la etapa de adolescencia tardía, 2) emplear un modelo multivariado que señalara puntualmente las áreas que son críticas para los adolescentes tardíos, de manera que éstas pudieran servir como foco de intervenciones potenciales y 3) integrar con el modelo la investigación sobre interacciones padres-adolescentes. Su muestra estuvo conformada por 475 estudiantes estadounidenses de bachillerato de 18 a 22 años (151 hombres y 324 mujeres, con una media de edad= 19.22 años). Las mediciones realizadas comprendieron: un cuestionario de datos demográficos (sexo, edad, grupo étnico e ingreso familiar), tres cuestionarios que midieron diversos indicadores de los padres y las madres: uno que midió el cuidado de los padres y la sobreprotección, otro que valoró sus estilos parentales

y el último que permitió evaluar la conexión emocional y la separación de los padres, una escala para examinar el ambiente, otra para identificar las expectativas de sus padres, los conflictos en las interacciones con sus padres, y tres instrumentos para valorar el ajuste de los adolescentes: depresión, ansiedad y autoestima. Sus resultados indicaron que casi todas las variables examinadas tuvieron una relación significativa una con la otra. Los estilos parentales en las relaciones hijo-padre, hija-padre, hija-madre e hijo-madre tuvieron una relación indirecta con las medidas de ajuste de los adolescentes a través de las características del ambiente familiar y de los conflictos que se vivieron en sus familias, aunque estos hallazgos no fueron evidentes para la relación hija-madre. Los investigadores concluyeron que el examen de las interacciones padres-adolescentes debería considerar el sexo de los padres y de los adolescentes.

Recientemente, Liem et al. (2010) realizaron un estudio longitudinal para examinar si el estilo autoritativo de los padres (etapa 1), durante la adolescencia tenía efectos en síntomas depresivos 4 años después (etapa 3), y si estos efectos eran mediados por el proceso de autodesarrollo del adulto emergente, como reflejo de su sentido del yo como valioso y eficaz, de sus percepciones del apoyo positivo de sus pares y de su experiencia con síntomas depresivos (etapa 2). Al respecto plantearon varias hipótesis: que el estilo autoritativo durante la adolescencia creaba un clima apropiado, en el cual el adulto emergente podía negociar el proceso de un autodesarrollo positivo y el establecimiento de relaciones de apoyo con sus compañeros, si esto era cierto en el tiempo 2, se esperaba reducir la experiencia depresiva en el tiempo 3, también plantearon que el estilo autoritativo estaba asociado con bajos niveles de síntomas depresivos en el tiempo 1 y 2, lo que reduciría el riesgo de que los jóvenes adultos reportaran depresión con el tiempo 3. La población con la que trabajaron era parte de un estudio longitudinal de salud mental de la adolescencia en la transición hacia la adultez. Su muestra estuvo formada por 1,325 estudiantes, de los cuales 1,143 eran estudiantes de preparatoria de nueve escuelas públicas de Boston, y por 182

que se dieron de baja en la escuela pero que eran parte de la cohorte. Los participantes fueron encuestados durante

1997-1998 y entrevistados vía telefónica en el 2000 y en el 2002. Los aspectos evaluados fueron: 1) los estilos parentales valorados con tres escalas elaboradas por Steinberg y sus colaboradores (aceptación involucramiento, supervisión estricta y concesiones relacionadas con autonomía), 2) el apoyo de los compañeros que se midió con un instrumento que valoraba la integración social, las alianzas confiables, el apego, la seguridad de la auto-valía, la guía y la oportunidad para educarse, 3) el autodesarrollo se valoró con dos escalas: la de autoestima de Rosenberg que evalúa el sentido del yo como valioso y otra de Pearling y cols. que midió el sentido de auto-eficacia, 4) los síntomas depresivos se valoraron con la escala de CES-D de Radloff que mide 4 dimensiones: afecto depresivo, abatimiento, afecto positivo y relaciones interpersonales y 5) aspectos socio-demográficos como: sexo, nivel socio-económico y grupo étnico. En general sus hipótesis fueron apoyadas por sus resultados. En particular la que planteaba que el estilo autoritativo percibido en la adolescencia podía predecir síntomas depresivos en esa etapa y durante la edad adulta temprana, es decir 2 y 4 años después, sin embargo, cabe señalar que el tamaño del efecto en este caso fue pequeño. El estilo autoritativo mostró una asociación moderada con niveles bajos de síntomas depresivos en los 3 tiempos, además de que se identificó un decremento en el nivel de influencia del estilo parental conforme los jóvenes maduraban. Sus hallazgos también sugirieron que el proceso de autodesarrollo ocurre dentro de un contexto parental específico, ya que los adolescentes que describieron a sus padres como más autoritativos, fueron también los que se percibieron a sí mismos como más valiosos y eficaces durante su transición a la adultez, aunque esta relación fue modesta. Sus resultados apoyaron las sugerencias de estudios previos, en el sentido de que la familia servía como un contexto crítico, en el cual el adolescente negocia un sentido del yo y lo extiende en sus relaciones hacia la adultez. La hipótesis que indicaba que el autodesarrollo (autoestima y competencia) podía servir como vehículo a través del cual los

padres autoritativos afectaban los síntomas de los adultos jóvenes también se confirmó. Desde el punto de vista de estos investigadores, este rol mediador de los padres sugiere un modelo multifactorial de desarrollo de la psicopatología, que captura la interacción recíproca entre múltiples fuerzas medioambientales y factores individuales, contribuyendo a los síntomas de la depresión. De esta manera, consideraron que el estilo autoritativo en la adolescencia y el desarrollo del sentido de valía y eficacia podían verse como fuerzas que protegían contra el desarrollo de la depresión en la adolescencia y en la adultez emergente. Su hipótesis de que el estilo autoritativo evaluado durante la adolescencia podía predecir síntomas depresivos durante la adultez temprana fue apoyada por sus resultados, sin embargo hicieron énfasis en que en su análisis el tamaño del efecto fue bajo.

La influencia protectora que tiene el vínculo con la familia en la iniciación del uso del tabaco fue estudiada por Mahabee-Gittens et al. (2011), sus hipótesis fueron que un nivel alto de vinculación con la familia resultaría en un decremento en el inicio del uso de tabaco y que la influencia del vínculo familiar diferiría tanto por el grupo étnico como por la edad de los adolescentes. Trabajaron con población del National Longitudinal Study of Adolescence Health que estuvo conformada por adolescentes de 11 a 17 años, de origen: caucásico, afroamericano, hispánico y asiático, organizados por sub-grupos de edad (adolescentes tempranos y tardíos). Para los afroamericanos y los hispanos más jóvenes, una alta satisfacción materna con la relación, fue un factor protector para la iniciación tabáquica; para los de mayor edad, una presencia paternal alta y una alta conectividad padres–familia fueron protectores contra la iniciación al consumo del tabaco, mientras que la falta de conocimiento acerca de dónde estaba el adolescente fue un factor de riesgo para la iniciación en los adolescentes caucásicos y hispanos de mayor edad. Para estos investigadores sus resultados hacen énfasis en la importancia de mantener altos niveles de vinculación entre la familia y los adolescentes tempranos o tardíos para frenar la iniciación al consumo de tabaco.

5.4. Evidencia empírica en México acerca de la relación entre prácticas parentales, BP y conductas de riesgo en adolescentes

Desde hace varios años, en nuestro país se han realizado investigaciones en donde se ha estudiado la percepción que tienen los adolescentes de diversos aspectos de su contexto familiar (Aguilar et al., 2004, 2007; Andrade, 1987, 1998; Andrade et al., 2003; Andrade et al., 1998; Rivera & Andrade, 1998). Algunos estudios han examinado la relación entre los estilos parentales y diversos aspectos de la conducta de los adolescentes como: la auto-estima, la motivación escolar, el bienestar o satisfacción de vida, la salud percibida y el ajuste personal, escolar y social (Aguilar, Valencia & Sarmiento, 2007; Aguilar, Valencia, Jiménez, Romero & Lemus, 2007; Aguilar, Valencia & Lemus, 2007; Aguilar, Valencia & Romero, 2004, 2007); y otros la vinculación entre estilos y/o prácticas parentales y cierto tipo de comportamientos como problemas internalizados, externalizados, depresión y conductas de riesgo (Andrade, 2000; Andrade et al., 2012; Betancourt, 2007; Betancourt et al., 2008; Palacios, 2005; Palacios & Andrade, 2006, 2008)

En nuestro país existe evidencia empírica con población adolescente que indica que las prácticas parentales influyen en el desarrollo y el mantenimiento de problemas en adolescentes. En 1988, Andrade examinó la relación entre el ambiente familiar, las variables culturales y de personalidad con la conducta sexual, el uso de drogas, la conducta agresiva y el rendimiento académico; sus resultados mostraron que la percepción de los jóvenes relacionada con su ambiente familiar (apoyo, comprensión y aceptación de sus padres) influyó en algunas características de personalidad (autoestima, locus de control y orientación al logro) y en conductas problemáticas como vida sexual desprotegida, uso de alcohol, tabaco y drogas, además de conductas agresivas y antisociales.

Actualmente diversas investigaciones han documentado el incremento de conductas problemáticas en los jóvenes. El término conducta de riesgo ha sido

estudiado y definido por Jessor como “cualquier comportamiento que puede poner en peligro el desarrollo normal, el cumplimiento de los roles sociales, la adquisición de habilidades esenciales, el logro de un sentido de eficiencia y competencia, y la preparación para la transición a la edad adulta. El término conducta de riesgo se refiere entonces a cualquier conducta que puede comprometer estos aspectos psicosociales para un desarrollo adolescente exitoso” (Jessor, 1991, p. 599).

En los últimos años diversos estudios han documentado las tendencias nacionales de algunas conductas de riesgo en la población de nuestro país. La última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) compara las tendencias de consumo considerando los resultados de las Encuestas Nacionales de Adicciones de 2002, 2008 y la de 2011. Con respecto al consumo de alcohol entre jóvenes de 12 a 17 años, encontraron que éste aumentó significativamente del 2002 al 2011, en las tres prevalencias estudiadas: alguna vez en la vida (de 35.6% a 42.9%); en el último año (de 25.7% a 30%); en el último mes (de 7.1% a 14.5%). Esta tendencia se reportó en hombres y mujeres, particularmente en el consumo del último mes, en donde en los hombres se incrementó del 11.5% a 17.4% y en las mujeres de 2.7% a 11.6%. El índice de los adolescentes que consumen alcohol diario se mantuvo estable de 2002 a 2011. En general los resultados de la encuesta indican que el consumo fue igual para hombres y mujeres, las prevalencias fueron bajas y se mantuvieron iguales a las reportadas en 2008.

Respecto al consumo de tabaco por adolescentes de 12 a 17 años, la encuesta identificó una prevalencia de fumadores activos de 12.3%, de los cuales un porcentaje de 10.4% reportó ser fumador ocasional, los que señalaron que fumaban diariamente fueron el 2%. El 77.8% de los adolescentes entrevistados reportó que nunca había fumado. La prevalencia de ex fumadores fue de 9.9%, y estuvo conformada por los que reportaron fumar ocasionalmente. En la encuesta se señala que no se observaron cambios en la edad de inicio (14.1 años) de 2002 a 2011.

Los resultados de la ENA (2011) sobre drogas, reportan que las prevalencias del consumo en la población de 12 a 17 años son bajas, el consumo de drogas ilegales es de 1.6% y de 1.5%. El consumo de marihuana es de 1.3%, seguido del de cocaína 0.4% y de los inhalables 0.3%. Las prevalencias se mantuvieron iguales en relación al 2008.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) se reporta información a nivel nacional sobre el consumo de tabaco y alcohol, además de algunos aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes. En esta encuesta el grupo de adolescentes comprende un rango de edad de 10 a 19 años. El porcentaje de adolescentes que refirieron haber tenido relaciones sexuales fue de 14.4%, se reporta un aumento considerable al incrementarse la edad, ya que de 12 a 15 años sólo el 2% señala que ha tenido contacto sexual, pero de los 16 a los 19 años, el porcentaje se incrementa a 29.6%. Con respecto al uso de algún método de protección en la primera relación sexual, el 63.5% de los varones señaló haber usado condón, el 8% algún hormonal y el 29% reportó que no había utilizado ningún método. En el caso de la mujeres, el 38% señaló que su pareja empleó condón y el 56.6% no utilizó ningún método.

El intento de suicidio es otro comportamiento que ha aumentado en los últimos años entre la población adolescente de nuestro país, diversos investigadores lo han señalado como un factor de alto riesgo porque la probabilidad de que los jóvenes repitan el intento y consumen el suicidio es muy alta (Borges, Orozco, Benjet & Medina Mora, 2010; González-Forteza, Ramos, Caballero & Wagner, 2003).

Borges et al. (2010) realizaron un estudio en el que revisaron la mortalidad por suicidio de 1970 a 2007, en sus conclusiones señalan que el suicidio en la población adolescente aumentó de manera paulatina pero constante. En su estudio reportan que la prevalencia del intento de suicidio (alguna vez en la vida) disminuye con la edad, pues encontraron que en los adolescentes de 12 a 17 años

el porcentaje fue de 4.26%; pero para los jóvenes de 18 a 29 años fue de 3.75% y para los adultos de 30 a 65 años fue de 2.1%.

En otro estudio realizado en la Ciudad de México por González-Forteza et al., (2002), en donde compararon resultados obtenidos en 1997 y en el 2000, reportaron que la prevalencia estudiantes que presentaron intento suicida fue de 8.3%, pero el porcentaje se incrementó a 9.5% en 2007. Las mujeres presentaron una mayor frecuencia que los varones.

Respecto a la evidencia empírica de la asociación entre PP y conductas de riesgo, Andrade (1988) realizó una investigación para determinar la relación entre el ambiente familiar, las variables culturales y de personalidad con la conducta sexual, el uso de drogas, la conducta agresiva y el rendimiento académico. La muestra estuvo conformada por un total de 1,369 estudiantes de secundaria y preparatoria del Distrito Federal. Esta investigadora desarrolló tres estudios, en el primero identificó las dimensiones prioritarias del ambiente familiar de los adolescentes, en el segundo construyó y validó un instrumento para medir el ambiente familiar y en el tercero determinó la relación entre el ambiente familiar y las variables culturales y de personalidad de los jóvenes que participaron. Sus resultados indicaron que la percepción que los jóvenes tienen del ambiente en su familia (apoyo, comprensión y aceptación de ambos padres) influyó en algunas características de personalidad (autoestima social y escolar, locus de control y orientación al logro) y en conductas problemáticas (vida sexual desprotegida, uso de alcohol, tabaco y drogas y conductas agresivas y antisociales), cabe señalar que la correlación fue significativa pero débil. De entre los diversos factores que evaluó el instrumento que construyó, se encuentra la percepción de los adolescentes sobre la relación con cada uno de sus padres, valorando las dimensiones de apoyo, comunicación, rechazo y aceptación.

La relación entre los factores familiares y la conducta sexual en los adolescentes fue estudiada por Andrade, Betancourt y Palacios (2006), su objetivo fue determinar las diferencias en los factores familiares de adolescentes que han y

no han iniciado su vida sexual. Trabajaron con 1942 estudiantes de escuelas técnicas del Distrito Federal, de 14 a 24 años ($M= 17.3$ años), pero sólo 642 (34.6%) reportaron haber tenido alguna vez relaciones sexuales; de estos últimos únicamente 377 (62%) manifestó tener una vida sexual activa en el momento del estudio. Para tener muestras equivalentes, de aquellos que no reportaron que tenían vida sexual se seleccionaron 377 jóvenes con las mismas características de sexo y edad del grupo que sí tenía (167 mujeres y 210 hombres). Se emplearon dos instrumentos: la Escala de ambiente familiar de Andrade y el Inventario de factores protectores y de riesgo de Andrade. En sus resultados encontraron que las mujeres con vida sexual tenían una menor comunicación y apego con ambos padres, pero también un mayor rechazo de parte de su madre, al compararlas con las que no habían iniciado su vida sexual. Con referencia a los hombres encontraron que los que reportaron una vida sexual activa tenían mayor comunicación sobre temas de sexualidad y mayor permisividad de ambos padres, además de puntajes altos de rechazo de la madre en comparación con los que aún no tenía vida sexual.

Aguilar, Sarmiento et al. (2007b) examinaron: a) las interrelaciones entre los estilos parentales de los padres y algunos comportamientos como: problemas de conducta (morosidad y evitación), ajuste emocional (armonía y autoestima) y bienestar (satisfacción con la vida y salud), b) las relaciones de bienestar con las medidas de ajuste y estilos parentales y c) las diferencias en las evaluaciones de los patrones parentales y sus interacciones entre ellas y el sexo de los padres. La muestra estuvo conformada por 196 estudiantes de un bachillerato público, 122 fueron mujeres y 74 hombres. Los instrumentos empleados para valorar patrones de autoridad parental, morosidad, evitación al trabajo, autoestima y salud fueron desarrollados por los investigadores, para valorar bienestar emplearon la escala de Satisfacción de Vida (SV) de Diener et al., y para evaluar las relaciones interpersonales armoniosas emplearon el inventario de Kwan et al. Sus resultados indicaron que los adolescentes que señalaron a sus padres como autoritativos, obtuvieron mejores puntajes en bienestar, salud, autoestima y en evitación al

trabajo que los que los describieron como autoritarios o negligentes. Los adolescentes que reportaron a sus padres como permisivos obtuvieron puntajes más altos en bienestar y armonía que aquéllos que los describieron como negligentes. Al comparar los patrones permisivo y autoritario sólo encontraron diferencias en el caso del padre en bienestar, autoestima y armonía. Desde el punto de vista de estos investigadores sus resultados indican una superioridad del estilo autorizativo en la promoción del ajuste social y el bienestar. En sus resultados encontraron también que los adolescentes evaluaron a sus padres en términos favorables, pues las medias de los estilos parentales disminuyeron significativamente del estilo autorizativo al negligente. Una situación semejante se presentó con la percepción de la madre, ya que ésta fue más favorable que la del padre en los estilos autorizativo y negligente.

En 2008 Palacios y Andrade realizaron una investigación cuyos objetivos fueron: a) analizar la covariancia de algunas conductas problema (conducta sexual, delictiva y consumo de tabaco, alcohol y drogas e intento de suicidio) en adolescentes y b) probar el nivel de predicción del sexo, la edad y la percepción de las prácticas parentales en conductas problema reportadas por estudiantes de educación media de escuelas públicas del Distrito Federal. Su muestra fue no probabilística conformada por 485 hombres y 515 mujeres ($N= 1000$), de 14 a 22 años ($M= 16.37$ años). Se aplicaron tres instrumentos: la escala que mide la percepción de las prácticas parentales elaborada por Palacios y Andrade (2006), una sección de preguntas sobre conductas problema (sexual, consumo tabaco, alcohol y drogas e intento de suicidio) y una escala tetra dimensional para medir conductas delictivas. Los resultados evidenciaron la co-ocurrencia de las conductas problema medidas, confirmando lo reportado en la literatura sobre el tema; además se identificó un efecto significativo relacionado con la edad y el sexo de los adolescentes. Las prácticas parentales que influyeron en las conductas de riesgo fueron una baja supervisión materna y una alta imposición por parte del padre.

Para su tesis doctoral Betancourt (2007) realizó una investigación, cuyos propósitos fueron: a) desarrollar una escala de control paterno y materno y b) identificar la influencia del control parental (psicológico y conductual) sobre los problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes mexicanos. El estudio se realizó en tres fases: en la primera elaboró la escala de control parental (psicológico y conductual), además de adecuar la versión ajustada del Youth Self-Report de Achenbach y Rescorla, y de Valencia y Andrade; trabajó con 238 niños y adolescentes y 152 madres y 121 padres. En la segunda fase analizó las propiedades psicométricas de dichas escalas con 999 niños y 1045 adolescentes. En la última fase determinó la influencia del control parental sobre los problemas internalizados y externalizados con una muestra de 599 niños y 587 adolescentes. En términos generales, sus resultados mostraron mayor influencia de las dimensiones de control psicológico en la presencia de ambos tipos de problemas. En los niños, las variables que más influyeron fueron: los castigos de los padres, así como la culpa y la devaluación de la conducta de los hijos por parte de la madre. En el caso de la población adolescente tanto el control psicológico materno como el paterno fueron las dimensiones con más influencia en la presencia de ambos tipos de problemas.

Con el fin de determinar las diferencias en la percepción que tienen los adolescentes con diversos niveles de depresión, sobre el tipo de control parental (psicológico o conductual) de sus padres, Betancourt et al. (2008) realizaron una investigación con adolescentes del Distrito Federal. Su muestra estuvo conformada por 524 estudiantes de secundarias públicas, de entre 11 y 16 años (media de edad= 13.2. años), el 53 % fueron hombres y el 56.8 % mujeres. El 72.6 % vivía con ambos padres, el 22.1 % únicamente con la madre, el 2.1% sólo con el padre y el 3.1% con familiares. Los instrumentos que utilizaron fueron la Escala de Control Parental de Andrade y Betancourt (2008b) y el Inventario de Depresión de Beck, adaptado para población mexicana. Sus resultados indicaron diferencias en los niveles de depresión por sexo, ya que a pesar de que, la frecuencia de la depresión mínima fue alta en ambos sexos, las mujeres fueron las que

presentaron mayor frecuencia de depresión moderada y severa. Con relación al control parental, encontraron diferencias significativas para el control psicológico y conductual de la madre, ya que los adolescentes con depresión severa percibieron que su mamá ejercía un mayor control psicológico, comparado con los que presentaron depresión mínima, quienes reportaron menor control psicológico de su madre. Con relación al control conductual de la madre, encontraron que los jóvenes con depresión mínima percibieron un alto control conductual, seguidos de los adolescentes con depresión leve y moderada, los puntajes más bajos de control conductual materno fueron los de los jóvenes con depresión severa. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el control psicológico y conductual del padre y los niveles de depresión de los adolescentes.

En el último año Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar el poder predictivo de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva de los adolescentes. Se utilizó una muestra no probabilística de 1934 adolescentes de tres ciudades de la República Mexicana (26.5% del Distrito Federal, 26.7% de Poza Rica, Veracruz y 46.8% de Culiacán, Sinaloa). Los instrumentos empleados fueron: la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. La sintomatología depresiva se asoció positivamente con control psicológico e imposición de ambos padres y de forma negativa con comunicación, autonomía y control conductual materno del padre y la madre. En comparación con los hombres las mujeres tuvieron puntajes más altos en sintomatología depresiva. Las correlaciones fueron de mayor magnitud en las mujeres, en comparación con los hombres y también más fuertes con las prácticas maternas que con las paternas.

En la literatura revisada sobre relaciones padres–adolescentes y BP se encontró que no parece haber acuerdo entre los investigadores sobre la definición del constructo de BP y por supuesto sobre la manera de medirlo, ya que algunos lo denominan bienestar mental (Hair et al., 2008), otros hablan de bienestar psicológico pero miden el Bienestar Subjetivo, es decir la satisfacción de vida

(Shek, 2005, 2007; Wang et al., 2007) o emplean medidas de ajuste (Weiss & Schwartz, 1996), de auto-estima (Fletcher et al., 1999; Shek, 2005, 2007; Wang et al., 2007), o de auto-eficacia (Learty et al., 2008; Liem et al., 2010; Kurdek & Fine, 1994); por último están los trabajos en los que se hace referencia al bienestar o ajuste pero las mediciones se centran en indicadores de malestar, suponiendo que si no hay malestar, entonces se asume que hay bienestar o ajuste (Fletcher et al., 1999; Shuck et al., 1995). A este respecto es importante señalar que los investigadores que han trabajado la relación entre BP y malestar (Runi et al., 2003; Ryff & Singer, 1996) consideran que el bienestar no es un indicador de ausencia de enfermedad o sintomatología. En un estudio reciente sobre este tema Winefield, Gill, Taylor y Pilkington (2012) investigaron la relación entre BP y Malestar Psicológico (MP), en sus resultados encontraron que las variables positivas asociadas con BP se relacionaban negativamente con MP y viceversa, en sus conclusiones plantearon que el BP no era exactamente el final opuesto del malestar psicológico, sin embargo reconocieron la necesidad de realizar más investigación al respecto.

Ante este panorama se concluye que es necesario estudiar y medir el constructo de BP y su dimensionalidad en población mexicana, ya que como Ryff (1989b) señaló en uno de sus primeros trabajos, sus resultados eran manifestaciones de los valores de una clase social media alta de los Estados Unidos.

Otro aspecto fundamental en el estudio del BP es la necesidad de ampliar el rango de edad de la población estudiada a la etapa adolescente, para identificar sus dimensiones y examinar si éstas se mantienen o son afectadas por factores como las diferencias socio-demográficas (sexo, edad, escolaridad, etc.), el contexto social y la familia. En este sentido, investigar el BP de los adolescentes mexicanos permitirá identificar cuáles son las dimensiones relevantes para este grupo de edad y qué relación tienen con las prácticas de sus padres y con la presencia/ausencia de conductas de riesgo. Para lograr esto es necesario desarrollar un instrumento válido y confiable para medir este constructo, que esté

basado en las teorías psicológicas que han tratado de explicar la auto-realización del ser humano y su funcionamiento positivo, pero que también considere el significado que le atribuye la población a la que va dirigido.

La investigación acerca de las relaciones padres-adolescentes es extensa y ofrece una evidencia empírica que data de hace más de 20 años, aunque no por esto está exenta de críticas, ya que algunos investigadores Harris (1995), McLeod, Weisz, et al. (2007) y McLeod, Wood, et al. (2007) han planteado que el papel de los padres es moderado, comparado con otras influencias como los compañeros y las características de personalidad.

Con respecto a los estudios que se revisaron en la sección anterior, se puede afirmar que constituyen una evidencia clara del interés de los investigadores por relacionar los estilos (Fletcher et al., 1999; Liem et al., 2010; Shucksmith, et al., 1995) y/o las prácticas parentales (Barber et al., 2005; Muris et al., 2003; Shek, 2007) con el funcionamiento positivo de los adolescentes y con algunas conductas problemáticas o de riesgo. A pesar de las diferencias, parece haber acuerdo con respecto a la definición de cuatro estilos parentales (autoritario, autoritativo, permisivo y negligente) y tres prácticas parentales (apoyo, control psicológico y control conductual). Sin embargo, varios de los estudios valoraron otros aspectos relacionados con la relación padres-hijos como son: nuevos estilos parentales como autoritario directivo y autoritario no directivo (Weiss & Schwartz, 1996), la supervisión, la confianza y el monitoreo de los padres (Borawski et al., 2003), el control paterno medido con base en comportamientos, conocimientos sobre las actividades de los hijos, expectativas, monitoreo y disciplina, entre otros (Shek, 2005), control psicológico, apoyo psicológico a la autonomía y control conductual (Wang, et al., 2007), rutinas familiares, monitoreo y tipo de disciplina (Hair et al., 2008), dimensiones sobre la vida familiar –rituales, afecto positivo, preocupaciones, comunicación y conflictos- (Leary et al., 2008), además de la vinculación con la familia (Mahabee-Gittens et al., 2011).

Aunado a lo anterior se identificó que en general estos estudios se centran en la medición de los estilos o las prácticas parentales pero no en ambos. Al describir su modelo contextual Darling y Steinberg (1993) plantearon la conveniencia de estudiar los elementos centrales de ambas tradiciones, ya que, desde su punto de vista cada una influía en diversos procesos en los hijos.

Con relación a este punto, en México se identificaron también dos líneas de trabajo, por un lado las investigaciones sobre los estilos parentales (Aguilar, Valencia & Sarmiento, 2007; Palacios & Andrade, 2008) y por el otro, las de prácticas parentales (Andrade & Betancourt, 2008, Betancourt, 2007, Betancourt et al., 2008). Actualmente se cuenta con una escala que integra las dimensiones más relevantes de estas dos tradiciones en un solo instrumento: la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (Andrade & Betancourt, 2008) que mide las dimensiones de: apoyo, autonomía e imposición y control psicológico y conductual. Debido a las ventajas de este instrumento se utilizó esta escala en el trabajo que aquí se reporta.

Otro aspecto a considerar es el que se refiere a algunos de los principales resultados obtenidos en el estudio de la relación padres-adolescentes, con respecto a los estilos parentales varios estudios han aportado evidencia de los efectos positivos (niveles altos en desarrollo y ajuste psicosocial, y en rendimiento y competencia académica, entre otros) que tiene en los adolescentes el estilo autoritativo o democrático de, al menos uno de los padres (Fletcher et al., 1999) comparado con los estilos autoritario, negligente y permisivo, que reportan niveles bajos en malestar psicológico, en ansiedad, depresión y en conductas de riesgo (Aguilar, Valencia & Romero, 2007; Aguilar, et al., 2007; Andrade, 1998; Lamborn et al., 1991; Liem, et al., 2010; Palacios & Andrade, 2008; Shucksmith, et al., 1995; Steinberg et al., 1992; Weiss & Schwartz, 1996).

En lo que respecta a las prácticas parentales los estudios se han centrado en los efectos de las prácticas de apoyo y control parental, encontrando que las prácticas parentales positivas como el apoyo y la comunicación estaban

relacionadas con competencia social y bajos niveles de depresión y conductas de riesgo; con respecto a las prácticas negativas como el control psicológico, éstas estuvieron relacionadas con niveles más bajos de satisfacción de vida, con problemas de salud mental como depresión y con conductas de riesgo; en contra parte, el control conductual se relacionó con bajos niveles de conformidad y conducta antisocial (Barber et al, 2005; Betancourt, 2007; Betancourt et al., 2008; Wang et al., 2007). Algunos de los hallazgos que reiteradamente se reportan en estos estudios fueron: a) el énfasis en la importancia del sexo de los padres y de los hijos al analizar las relaciones padres-adolescentes (Borawski et al., 2003; Hair et al., 2008; McKinney & Renk, 2008), b) el dato de que si bien las relaciones reportadas fueron significativas, la magnitud de los efectos fue de baja a moderada (Barber et al., 2005; Fletcher et al., 1999; Muris, et al., 2003; Steinberg, et al., 1992; Weiss & Schwartz, 1996). Estos resultados fueron considerados en el diseño y la puesta en marcha de esta investigación, la cual se describe en el siguiente apartado.

VI: INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

A pesar de que el constructo de BP se ha estudiado desde hace más de cuarenta años (Bradburn, 1969), no parece haber consenso entre los académicos sobre su definición y por lo tanto sobre la forma de medirlo. Muchos investigadores miden el BP con los instrumentos desarrollados por Pavot y Diener (1993) para valorar el Bienestar Subjetivo (BS) que mide la Satisfacción con la Vida (SV), o con los desarrollados por Bradburn (1969), o por Watson et al. (1988) para valorar el balance entre afecto positivo y negativo.

Algunos otros emplean el término sin definirlo y cuando lo definen no hay un sustento empírico que lo respalde, ya que algunos miden malestar, ansiedad o depresión y suponen que si los niveles son bajos, entonces hay bienestar (Shucksmith et al., 1995); o bien, miden la autoestima, el auto-concepto, el control percibido o la auto-eficacia, asumiendo que son indicadores de bienestar (Bizumic et al., 2009; Haslam, et al., 2009; Outten, Schmitt, García & Branscombe, 2009, Shek, 2005, 2007; Wang et al., 2007).

En 1989 Ryff cuestionó el trabajo desarrollado hasta esa fecha sobre BS y argumentó que el BP era más que la satisfacción con la vida o el balance de afecto positivo y negativo. Con fundamento en diversas propuestas de teóricos del desarrollo, de la psicología clínica y de la salud mental que describían el funcionamiento positivo del ser humano, postuló un Modelo Multidimensional de BP centrado en la auto-realización de la persona, conformado por seis procesos psicológicos saludables: 1) auto-aceptación, 2) relaciones positivas con otros, 3) autonomía, 4) dominio del ambiente, 5) propósito de vida y 6) crecimiento personal (Ryff, 1989a,b).

La mayoría de las investigaciones que aportan evidencia empírica sobre los factores asociados con el Modelo Multidimensional de BP se han realizado con

población adulta (edad adulta temprana, intermedia y tardía) y en menor medida con adolescentes tardíos. En estos estudios se ha identificado que algunas dimensiones del BP varían con algunos factores socio-demográficos de los participantes como: la edad, el sexo, el nivel socio-económico, el nivel educativo (Ryff, 1989a,b; Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Heidrich, 1997; Ryff & Singer, 2008) y, por supuesto, la cultura (Abbott, et al., 2006; Casullo et al., 2002; Clark, et al., 2001; Lindfors et., 2006; Ruini et al., 2003; Van Dierendonck, 2005, 2008; Vleioras & Bosma, 2005).

La relación entre el Modelo Multidimensional de BP y algunos factores familiares ha sido examinada en diversos estudios (Hupper, et al, 2009; Shin & Cooney, 2006; Maier & Lachman, 2000; Rothrauf & Cooney, 2008); de éstos sólo el de Hupper, et al. (2009) se centró en la asociación entre el BP en la edad adulta y la conducta de los padres en la niñez y la adolescencia de la población estudiada, además de valorar el papel de los rasgos de personalidad, estos investigadores trabajaron con tres estilos parentales (cuidadoso, no involucrado y controlador), el estilo cuidadoso estuvo asociado con puntajes altos de BP y los estilos no involucrado y controlador con puntajes bajos. Los efectos de los estilos cuidadoso y no involucrado estuvieron mediados por la personalidad de las hijas, mientras que el estilo controlador tuvo efectos directos en el BP.

Es una realidad que muchos jóvenes pasan por la adolescencia sin conflictos que alteren su desarrollo y transición a la edad adulta, pero hay otros que presentan dificultades y conductas problemáticas que pueden incluso conducirlos a atentar contra su vida. Diversos estudios sobre la relación de la familia y los comportamientos problemáticos en nuestro país han señalado al ambiente familiar (estilos, prácticas parentales) como uno de los elementos asociados con la presencia de conductas de riesgo o problemáticas como: vida sexual desprotegida, uso de alcohol, tabaco y drogas, intento de suicidio, además de sintomatología depresiva y comportamiento delictivo (Andrade, 1988; Andrade et al., 2012; Borges et al., 2010; ENA, 2011; ENSANUT, 2006; González-Forteza; 1995, González-Forteza et al., 2003).

Con base en lo anterior y sin perder de vista la postura de Harris (1995), McLeod, Weisz y Wood (2007) y McLeod, Wood y Weisz (2007) quienes han planteado que los padres tienen un modesto e incluso insignificante impacto en el desarrollo de la personalidad de sus hijos, si se compara con la influencia de los pares y del medio socio-cultural, en este trabajo se considera que la evidencia empírica sobre la relación padres-adolescentes es hasta ahora, uno de los predictores más consistentes asociados tanto con la salud mental y el bienestar como con la manifestación de conductas problemáticas. Desde la perspectiva del funcionamiento positivo de los adolescentes es importante investigar los factores positivos y negativos que afectan el desarrollo de los jóvenes en esta etapa, y la relación con sus padres es esencial.

Como se mencionó en la sección anterior, en México son muy pocas las investigaciones sobre las características de los comportamientos que constituyen fortalezas humanas en los adolescentes como el BP. Los dos estudios que relacionaron el Bienestar Subjetivo, específicamente la SV y las influencias familiares en estudiantes mexicanos (Navarro, 2003; Ojeda, 2003) plantearon la necesidad de realizar más investigación para identificar variables relacionadas con la influencia de los padres y con las características positivas de los jóvenes.

Los supuestos en los que se basa este proyecto son:

- a) Los seres humanos son seres activos por naturaleza que tienen habilidades y capacidades para vivir sus vidas saludablemente (Deci & Ryan, 1985, 2008)
- b) El constructo de bienestar psicológico es multidimensional y comprende las siguientes dimensiones: auto-aceptación, autonomía, relaciones positivas con otros, propósito de vida, dominio del ambiente y crecimiento personal (Ryff, 1989a,b; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008).
- c) Las dimensiones del constructo de BP varían con la edad y las tareas de la etapa de desarrollo (Ryff, 1989b; Ryff & Singer, 2008).
- d) La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta afectada por: a) los cambios físicos, cognoscitivos, sociales y emocionales que

vive el adolescente, b) las nuevas demandas del contexto social y, c) los cambios normativos en la etapa de vida de los padres (Baumrind, 1991; Steinberg & Silk, 2002).

e) La calidad de la relación padres-adolescente es un factor que influye positiva o negativamente en el funcionamiento psicológico de sus hijos (Hair et al., 2008; Hupper et al., 2009).

Preguntas de investigación

Con base en la revisión de la literatura sobre BP, prácticas parentales y conductas de riesgo se plantean las siguientes preguntas:

¿Las prácticas parentales de apoyo, comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual predicen la percepción de BP de los adolescentes?

¿El BP de los jóvenes que no presentan conductas de riesgo es diferente al de los que sí presentan estos comportamientos?

Objetivos generales

- Analizar si existe relación entre el nivel de BP de los adolescentes y su percepción de las prácticas parentales (comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual).
- Examinar si existen diferencias en el BP reportado por los adolescentes que presentan conductas de riesgo y los que no.

Hipótesis de Trabajo

Los adolescentes que perciben: apoyo, buena comunicación, mayor control conductual y menor control psicológico e imposición de sus padres tendrán mayores puntajes en BP.

Los adolescentes que tienen mayores puntajes en BP tendrán menos conductas de riesgo.

Definición de variables

Prácticas Parentales: Percepción de los adolescentes sobre el control que ejercen su papá y su mamá con respecto a: apoyo, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual. Para medirlas se empleó la Escala de Prácticas Parentales para adolescentes (Andrade & Betancourt, 2008).

Conductas de riesgo: Comportamientos que pueden dañar o poner en riesgo la salud, el bienestar o el desarrollo de los jóvenes. Para medirlas se usó el Cuestionario de Conductas de Riesgo (Andrade & Betancourt, 2010).

Bienestar Psicológico: Con base en las definiciones conceptuales empleadas por Ryff para cada una de las seis dimensiones que integran su modelo multidimensional de BP (1989a,b), se redefinieron y adaptaron estas dimensiones para la población adolescente de nuestro país. Debido a las características de la etapa adolescente, el constructo de dominio del ambiente se cambió por el de control personal. A continuación se presenta la definición conceptual de cada una de las seis dimensiones:

1. **Auto-aceptación:** Es la aceptación que el adolescente hace de sus características positivas y negativas, así como el rechazo y la insatisfacción con su persona y su carácter.
2. **Relaciones positivas con otros:** Percepción del adolescente sobre su capacidad para relacionarse con otros, comprende el trato respetuoso de la interacción con otras personas. La competencia social es un constructo complejo y multidimensional que abarca una diversidad de características conductuales y cognitivas, además de varios aspectos de ajuste emocional

que son útiles y necesarios al desarrollar relaciones sociales adecuadas (Merrel, 2010).

3. **Autonomía:** Se refiere a la percepción del adolescente para tomar decisiones propias, basadas en la reflexión personal sobre las consecuencias positivas y negativas de su elección, independientemente de la presión social de sus pares y sus padres. Este constructo hace énfasis en la naturaleza interpersonal del proceso de autonomía y en la calidad de la relación entre padres y adolescentes, postula que el desarrollo de la autonomía en los adolescentes puede ser facilitado por los padres que responden a sus necesidades y los apoyan. En las familias saludables la relación padres-adolescentes se transforma pero no se desapega (Collins & Steinberg, 2006).
4. **Control Personal:** Es la percepción que tiene el adolescente sobre su capacidad para controlar sus impulsos, carácter y comportamiento aún y cuando esté alterado emocionalmente. Para Lewis, Ross y Mirowsky (1999) el sentido de control personal aparece en la literatura con diversos nombres: locus de control, maestría, eficacia personal, auto eficacia, auto-dirección, autonomía personal, entre otros. Si bien no son conceptos iguales se traslapan en gran medida.
5. **Propósito de vida:** Es el grado de importancia que le da el adolescente al establecimiento de metas o planes personales a corto y/o largo plazo para guiar sus acciones, relacionándolos con los esfuerzos que se requieren para lograrlos. Emmons (1986, 2005) plantea que los esfuerzos y las metas personales son la manifestación del propósito de vida. Los esfuerzos personales son objetivos accesibles y significativos que las personas persiguen en su vida cotidiana y hacen referencia a las metas típicas que están tratando de alcanzar. Las metas personales les dan orden y estructura a

sus vidas, son constructos críticos para entender los altos y bajos de la vida diaria y constituyen elementos clave para entender tanto la vida positiva como las disfunciones psicológicas.

6. Crecimiento personal: Creencias del adolescente sobre la importancia de mantenerse informado y actualizado para desarrollar sus capacidades personales. Robitschek (1996) considera que cuando este crecimiento es debido a un proceso intencional, la persona es totalmente consciente del cambio que ocurre y está activa y voluntariamente involucrada en el proceso.

Para medir las dimensiones se elaboró una escala que se describe en la Fase I y puede verse en el Anexo 2.

Diseño de investigación

Ex post facto se realizó en dos fases. La fase I estuvo centrada en el diseño y la validación de la escala de BP y la fase II permitió confirmar las propiedades psicométricas de la escala de BP, además de examinar la relación entre las prácticas parentales y las conductas de riesgo de los adolescentes con las dimensiones del BP. A continuación se presentan los objetivos de cada fase y el método que se siguió.

FASE I: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE BP.

Esta primera fase fue de tipo exploratorio y estuvo subdividida en dos estudios: 1) el primero tuvo un carácter exploratorio, fue diseñado para conocer el significado que le asignan los jóvenes al término BP, lo que permitió identificar las dimensiones que lo conforman para proceder a elaborar la escala, y 2) el segundo estudio se enfocó en el diseño y la validación de la escala de BP.

ESTUDIO 1. SIGNIFICADO DE BP

Objetivos específicos:

Identificar el significado que tienen para algunos adolescentes los términos Bienestar y BP.

Identificar los aspectos/dimensiones individuales y contextuales que asocian los jóvenes como necesarios para favorecer el BP y aquéllos que pueden obstaculizarlo.

MÉTODO

Participantes

30 estudiantes (19 hombres y 11 mujeres de 15 a 20 años) adscritos a escuelas públicas de Educación Media Superior (EMS). Se trabajó con tres grupos, cada grupo estuvo conformado por 10 estudiantes (grupo 1: 5 hombres y 5 mujeres, grupo 2: 5 hombres y 5 mujeres y grupo 3: 9 hombres y 1 mujer).

Técnica de obtención de información

Se trabajó con la técnica de grupo focal que permitió identificar el significado que le dan los jóvenes a los términos relacionados con BP. El grupo focal permitió un ambiente de discusión e intercambio en donde los participantes pudieron

discutir entre ellos, diferir, consensuar y llegar a conclusiones (Krueger & Casey, 2000). Para organizar y planear las sesiones se elaboró un guión (ver anexo 1-a), que contenía: 1) La definición de la técnica de grupo focal, b), el objetivo de la investigación, c) las características de los participantes, d) los objetivos general y específicos del grupo focal, e) una definición generadora de BP, f) preguntas estímulo clave sobre Bienestar (B) y BP, y sobre las condiciones que favorecen u obstaculizan al BP, g) definiciones adaptadas para adolescentes mexicanos de cada una de las dimensiones de Ryff, y h) preguntas estímulo para cada dimensión. Las preguntas se redactaron considerando los planteamientos del Modelo Multidimensional de Ryff (1989a,b) y las recomendaciones para la elaboración de preguntas de Krueger y Casey (2000). Estas preguntas sirvieron de guía para realizar las tres entrevistas, pero en cada grupo se hicieron algunas variantes dependiendo de las respuestas de los jóvenes, tomando en cuenta el propósito del estudio. Al final del trabajo en cada grupo, se les pidió a los participantes que mencionaran una palabra que describiera el BP.

Procedimiento

Se informó a las autoridades de las escuelas y a los profesores el propósito de este estudio y se solicitó su autorización. La participación de los jóvenes fue voluntaria y anónima, se les explicó en qué consistía el trabajo del grupo, cuál era su propósito, las reglas para expresar su opinión y la duración de la sesión (una hora aproximadamente), además de informarles que se tomarían notas y se grabaría en audio su participación. El total de grupos con los que se trabajó y la duración de las sesiones se ajustaron a los criterios señalados por Krueger y Casey (2000) para trabajar con adolescentes (un mínimo de 3 grupos, con una duración máxima de una hora para cada grupo).

Análisis de la información

Para analizar el significado de la información fue necesario resumir e integrar las descripciones que hicieron los jóvenes (Kvale, 2007). La información recabada para cada pregunta estímulo se transcribió textualmente, una vez hecho esto se

analizó la pertinencia de las respuestas con cada pregunta y posteriormente se agruparon las descripciones cuyo significado era similar, en una sola.

RESULTADOS

Las descripciones de los adolescentes se concentraron en cinco rubros: Sentirse bien, Bienestar, BP, Aspectos necesarios para tener BP y Aspectos que obstaculizan el BP. La organización de la información permitió identificar dos elementos importantes, los aspectos relacionados con la persona y aquéllos relacionados con aspectos contextuales (familia, pares -amigos/as y/o novio/a-, escuela y sociedad). En la tabla 6 se muestra un resumen de los aspectos que los adolescentes consideraron necesarios para describir el significado de BP.

En la tabla 7 se concentraron las palabras que los adolescentes asociaron con BP, algunas de las palabras que emplearon con más frecuencia fueron: aceptarse, auto-conocimiento, estar bien consigo mismo, logros, disfrutar lo que tengo, autoestima y seguridad en ti mismo.

Con esta información se compararon las descripciones de los adolescentes con las definiciones conceptuales y operacionales de las seis dimensiones del Modelo Multidimensional de BP de Ryff. Las descripciones se clasificaron en cinco de las seis dimensiones del modelo, con excepción de la dimensión de Dominio del ambiente. Dado que esta dimensión no fue claramente identificada por los jóvenes, se revisaron nuevamente sus descripciones y se encontró que algunas hicieron alusión a la importancia del control emocional, por lo que se decidió cambiar esta dimensión a Control Personal. En la primera y segunda columna de la tabla 8, se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de Ryff por dimensión, en la tercera columna las descripciones dadas por los jóvenes y en la cuarta las definiciones de cada dimensión adaptadas para adolescentes mexicanos.

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Tabla 6

Términos empleados por los jóvenes para describir el significado de BP.

Aspectos Personales	Aspectos Contextuales			Sociedad
	Familia	Pares (Amigos/as, novio(a))	Escuela	
<p>Es más mental que físico, la parte mental y física están unidas, si una falla la otra también puede fallar. Controlar tus emociones y sentimientos. Autoconocimiento, auto-concepto (aceptar lo que somos, conocer limitaciones, virtudes y defectos), conocerte bien. Aceptarte. Estar bien contigo mismo. Saber que estás haciendo las cosas bien. Estar bien con emociones y acciones (congruencia). Tener orden en lo que tenemos que hacer. Saber por qué lo haces. Tiene que ver con la autoestima (que tan contento/a gusto/bien estás contigo mismo). Es la capacidad para querernos y aceptarnos, conocerse a sí mismo (virtudes, defectos) no tener problemas con lo que no puedes hacer.) Es lo interno y lo social. Tener algún tipo de motivación. Tener estabilidad emocional (sentimientos y pensamientos). Tener equilibrio (coordinar) entre lo que piensas y haces para elegir Tener confianza en ti mismo para planear tus metas y alcanzarlas, mediante la determinación que te impongas en ti mismo. Tener seguridad en ti mismo, en lo que quieres a futuro Tener criterio propio para tomar decisiones No estar solos, no estar estresados No tener desequilibrio emocional (no tener remordimientos).</p>	<p>El trato de la familia. La unión familiar, el apoyo, consejos para estar mejor. La seguridad desde la casa. Tomar lo bueno de la familia.</p>	<p>Estar con alguien de confianza, con tus amigos . Sentir que todo fluye con las personas que convivo. No tener problemas con la pareja: novio/a. Ayudar a otros.</p>	<p>Es importante en nuestras vidas, tan importante como la familia. Da seguridad, confianza y permite tener una mejor experiencia de vida.</p>	<p>La sociedad, lo que pasa en el entorno te afecta.</p>

Tabla7

Palabras asociadas con BP proporcionadas por los jóvenes.

<p>No estar loco Estar bien consigo mismo Aspectos emocionales Logros Autonomía Disfrutar lo que tengo Analizar lo que te dicen otros y decidir Autoestima Aceptarse Ver otras ideas (cambiar) Seguridad en ti mismo Influencia de todos (familia, amigos, compañeros) El tipo de pensamientos de la persona (positivos) Personalidad</p>	<p>Autoconocimiento (lo bueno, lo malo y los miedos) Establecimiento y logro de metas continuo Desarrollo personal Felicidad Sin desgaste mental por presiones Estabilidad Sin estrés (no demasiado, un poco es bueno) Tiempo y gusto para hacer lo que quieres Cultura Inteligencia para superarte a ti mismo Sabiduría El bienestar que te dan los conocimientos Superarte a ti mismo Seguridad en lo que hacemos Inteligencia, seguridad para solucionar problemas</p>
--	---

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Tabla 8

Definiciones de las dimensiones de BP de Ryff (1989a,b), significado atribuido por estudiantes y definiciones adaptadas para adolescentes mexicanos.

Definiciones conceptuales Ryff (1989a,b)	Descripciones de estudiantes para explicar el significado del BP	Definiciones de cada dimensión de BP adaptadas para adolescentes mexicanos
Auto-aceptación: Característica central de salud mental, de la auto-actualización, del funcionamiento óptimo y la madurez. Las teorías del ciclo vital hacen énfasis en la aceptación del self y de la vida pasada.	Auto aceptación Autoconocimiento Autoestima Confianza/seguridad en sí mismos. Controlar tus emociones y sentimientos	Auto-aceptación: Aceptación o rechazo de sus capacidades y limitaciones personales.
Relaciones positivas con otros: Establecer vínculos interpersonales cálidos y confiables. La habilidad para amar es componente central de la salud mental. Los que se auto-actualizan se describen con fuertes sentimientos de empatía y afecto por todos. Las teorías del desarrollo hacen énfasis en el logro de la intimidad y la generatividad.	Interacciones positivas con familia, amigos, compañeros, novio/a y gente. Ayudar a otros Compartir	Interacciones positivas con otros: Percepción del adolescente sobre sus habilidades/dificultades para establecer relaciones respetuosas y cordiales con los otros.
Propósito de vida: La salud mental incluye creencias de que hay un propósito y un significado para la vida. La madurez hace énfasis en una clara comprensión de un propósito de vida, un sentido de direccionalidad e intencionalidad, Las teorías del desarrollo refieren cambios en los propósitos o metas en la vida.	Identificar metas personales. Tener confianza para planear tus metas y alcanzarlas. Seguridad en lo que quieres a futuro. Tener metas claras y realistas, enfocarse en ellas. Tener orden en lo que tenemos que hacer, saber por qué lo haces.	Proyecto de vida: Percepción del adolescente sobre la relevancia de establecer metas/objetivos personales a futuro y habilidad para relacionar sus esfuerzos actuales con el logro de metas en los próximos años.
Autonomía: Comprende las cualidades de auto-determinación, independencia y regulación de la conducta, con un locus interno de evaluación que permite no depender de otros para obtener aprobación.	Autonomía , libertad, no depender de otros para tomar decisiones propias. Seguridad en ti mismo, en lo que quieres a futuro. Tomar decisiones, aceptar las consecuencias (te hace sentir libre, te hace crecer, ser autónomo). Tener criterio propio para tomar decisiones.	Autonomía: Percepción del adolescente para tomar decisiones propias, basadas en la reflexión personal sobre las consecuencias positivas y negativas de la elección, independientemente de la presión social de sus pares y sus padres.
Crecimiento Personal: Un funcionamiento óptimo requiere continuar desarrollando su propio potencial para crecer y expandirse como persona. Las teorías del ciclo de vida hacen énfasis en el crecimiento continuo y en la confrontación de nuevos desafíos o tareas en todas las etapas de vida.	Desarrollo personal continuo. Hacer las cosas lo mejor que puedas. Identificar defectos y mejorarlos, ser la mejor persona posible. Superación académica. Corregir errores. Superar momentos difíciles. Actitud positiva.	Crecimiento Personal: Disposición, apertura e interés del adolescente para informarse continuamente y desarrollar su potencial y sus capacidades personales.

Con base en estos resultados se elaboró una escala para medir el BP de adolescentes mexicanos, la cual quedó conformada por un total de 134 reactivos, tipo Likert, con 4 opciones de respuesta. El tiempo de aplicación de la escala fue de 20 minutos aproximadamente.

ESTUDIO 2: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA de BP.

Objetivo específico:

Analizar las características psicométricas de la escala de BP para adolescentes.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue seleccionada de forma no probabilística y estuvo conformada por 665 estudiantes de escuelas públicas de Educación Media Superior, de 14 a 20 años ($M = 16.7$; $DE = 1.36$), 50% fueron hombres y 50% mujeres. El 64.7% reportó vivir con ambos padres, 28.6% sólo con la madre, 2.3% únicamente con el padre y el resto 4.1% con algún otro familiar.

Instrumentos

Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes. Este cuestionario fue diseñado en el primer estudio para medir la percepción de los jóvenes en cada una de las seis dimensiones (crecimiento personal, propósito de vida, auto-aceptación, relaciones positivas con otros, control personal y autonomía) del Modelo Multidimensional de BP (ver anexo 1-b). Estuvo conformada por 134 reactivos, distribuidos de la siguiente manera: 1) auto-aceptación con 27 reactivos, 2) propósito de vida con 24, 3) crecimiento personal con 19, 4) relaciones positivas con otros con 22 reactivos, 5) control personal con 22 y 6) autonomía con 20 reactivos, su estructura es tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo.

Procedimiento

El cuestionario fue auto-aplicable y se les proporcionó a los jóvenes en los salones de clase, previa autorización de los directivos y profesores de las instituciones escolares. Se informó a todos los adolescentes el propósito del estudio, su participación fue voluntaria y anónima.

RESULTADOS

Análisis psicométrico de la escala.

Para validar la escala se realizaron análisis factoriales para cada dimensión, con rotación varimax; el criterio para considerar un factor fue que tuviera un mínimo de tres ítems, que presentaran una carga factorial superior a 0.40 y que tuvieran claridad conceptual. En la tabla 9 se presentan los factores seleccionados para cada dimensión, el número de reactivos y la consistencia interna de cada factor.

Tabla 9
Propiedades psicométricas de la Escala de BP para adolescentes.

<i>Dimensión</i>	<i>Factor</i>	<i>Número de Reactivos</i>	<i>Varianza Explicada</i>	<i>α de Cronbach</i>
AUTO-ACEPTACIÓN Factores 5 Reactivos 18 Varianza explicada 42.72% Kaiser-Meyer-Okin = .857 Chi-cuadrado aprox. prueba de esfericidad de Barlett = 3 587.36 $gl = 351$ $p = .000$.	1.Rechazo personal	5	20.47%	.77
	2.Insatisfacción con mi persona	4	7.43%	.67
	3.Rechazo carácter	3	5.48%	.79
	4.Aceptación aspectos positivos	3	5.09%	.68
	5. Aceptación aspectos negativos	4	4.30%	.60
PROYECTO DE VIDA Factores 3 Reactivos 14 Varianza explicada 35.86% Kaiser-Meyer-Okin= .870 Chi-cuadrado aprox. prueba de esfericidad de Barlett= 3 305.49 $gl = 276$ $p = .000$	1. Importancia de tener un plan de vida	5	22.61%	.75
	2. Metas y esfuerzos	5	7.67%	.55
	3. Rechazo a tener plan de vida y metas	5	5.57%	.67

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

CRECIMIENTO PERSONAL Factores 3 Reactivos 15 Varianza explicada 43.19% Kaiser-Meyer-Okin= .873, Chi-cuadrado aprox. prueba de esfericidad de Barlett= 3 066.11 gl= 171 p= .000	1. Interés en superarse	7	27.18%	.70
	2. Apertura al conocimiento	5	9.75%	.71
	3. Rechazo a prepararse para el futuro	3	6.25%	.61
RELACIONES POSITIVAS CON OTROS Factores 4 Reactivos 14 Varianza explicada 39.67% Kaiser-Meyer-Okin= .809, Chi-cuadrado aprox. prueba de esfericidad de Barlett= 2 232.24, gl= 231 p= .000	1. Dificultad para relacionarse	4	18.10%	.63
	2. Trato respetuoso	4	9.11%	.62
	3. Relación positiva con compañeros	3	7.08%	.50
	4. Trabajo equipo	3	5.37%	.50
CONTROL PERSONAL Factores 4 Reactivos 18 Varianza explicada 39.67% Kaiser-Meyer-Okin = .831 Chi-cuadrado aprox prueba de esfericidad de Barlett = 2 763.05, gl= 231 p= .000	1. Control emocional	6	19.47%	.75
	2. Falta de control	5	10.57%	.66
	3. Control conductual	3	7.62%	.56
	4. Manejo de eventos	4	5.19%	.34
AUTONOMÍA Factores 3 Reactivos 12 Varianza explicada 40.27% Kaiser-Meyer-Okin = .799 Chi-cuadrado aprox. en prueba de esfericidad de Barlett = 2 801.543, gl= 190 p= .000	1. Toma de decisiones autónoma	4	20.20%	.70
	2. Dependencia de otros para tomar decisiones	4	11.21%	.62
	3. Toma de decisiones reflexiva	4	8.86%	.68

En el anexo 2 se presentan las tablas de cada análisis factorial, en donde se especifican los reactivos de cada dimensión, su peso factorial y el coeficiente de confiabilidad. Con base en este análisis la escala quedó conformada por un total de 91 reactivos, la distribución de reactivo por dimensión fue la siguiente: 18 para auto-aceptación, 14 para propósito de vida, 15 para crecimiento personal, 14 para relaciones positivas con otros y 18 para control personal (ver Anexo 3).

FASE II. RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS PARENTALES, BP y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

Objetivos específicos

Confirmar las propiedades psicométricas de la escala de BP para adolescentes mexicanos.

Determinar la relación entre la percepción de los jóvenes sobre las prácticas parentales y las dimensiones del BP.

Identificar diferencias entre el BP de los adolescentes que reportaron conductas de riesgo y los que no manifestaron este tipo de comportamientos.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue seleccionada de forma no probabilística y estuvo conformada por 1064 estudiantes (hombres y mujeres) de 15 a 20 años, inscritos en escuelas públicas de Educación Media Superior de la ciudad de México. Se eliminaron los cuestionarios de los participantes cuyas respuestas fueron incompletas. La muestra final fue de 940 jóvenes, de los cuales 427 (45.5%) fueron hombres y 513 (54.6%) mujeres, el rango de edad fue de 15 a 20 años ($M = 16.10$; $DE = .941$). El 72.3% reportó vivir con ambos padres, 21.3% sólo con la madre, 2.7% únicamente con el padre y el resto 3.5% con algún otro familiar.

Instrumentos

Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes, que se construyó y validó en la fase anterior. Estuvo conformada por un total de 91 reactivos, que valoran seis

dimensiones de BP, cabe señalar que los reactivos se presentaron de forma aleatoria (Ver anexo 3).

Escala de Satisfacción de vida (Diener et al., 1985), fue revisada y reducida a cinco reactivos por Pavot y Diener en 1993. Es auto-aplicable y permite medir valoraciones globales relacionadas con el grado de satisfacción con la vida, consta de 5 reactivos, $\alpha = 0.87$. Es tipo Likert y en este estudio de trabajó con 4 opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Esta escala es gratuita y puede ser empleada sin autorización de los autores. Anguas y Reyes-Lagunes (1998) validaron el significado de BS en la Ciudad de México con población de entre 15 y 46 años, concluyeron que el modelo teórico de Diener resultó válido para la muestra estudiada.

Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (Andrade & Betancourt, 2008), este instrumento está constituido por un total de 80 reactivos, distribuidos en dos escalas, una para los padres y otra para las madres, cada una conformada por 40 reactivos. Las dimensiones que se miden en cada escala son: apoyo/comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual. Ambas escalas son auto-aplicables, tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre). En la escala para papá, el primer factor se refiere a la comunicación entre el adolescente y su papá, agrupa 16 reactivos y explicó el 29.3% de la varianza ($\alpha = 0.97$). El segundo factor está relacionado con la autonomía (respecto del padre sobre las decisiones de su hijo), tiene 8 reactivos y explicó el 13.6 % de la varianza ($\alpha = 0.94$). El tercer factor cuenta con 8 reactivos y se centra en la imposición de creencias y conductas del papá al adolescente, explicó el 13% de la varianza ($\alpha = 0.90$). El último factor también con 8 reactivos, explicó el 11.8 % de la varianza y se enfoca en los comportamientos relacionados con el control psicológico como: inducción de culpa y críticas excesivas ($\alpha = 0.90$). En la escala para mamá, el primer factor se refiere a la comunicación entre la mamá y el adolescente, está conformado por 9 reactivos, con una varianza del 16.1% ($\alpha = 0.92$). El segundo factor tiene 7 reactivos que hacen referencia al respeto de la madre sobre las decisiones de su hijo, explicó el

9.8% de la varianza, con un $\alpha = 0.86$. El tercer factor cuenta con 8 reactivos relacionados con la imposición de creencias y conductas de la madre al adolescente, explicó el 9.7% de la varianza ($\alpha = 0.81$). El cuarto factor está conformado por 8 reactivos sobre control psicológico, que comprende: inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas, explicó el 9.3% de la varianza ($\alpha = 0.80$). El último factor tiene siete reactivos sobre el conocimiento y la comunicación que tiene el adolescente con su madre con relación a sus actividades diarias, explicó el 8.3% de la varianza ($\alpha = 0.84$).

Cuestionario de Conductas de Riesgo para adolescentes (Andrade & Betancourt, 2010), este cuestionario permite medir diversas conductas de riesgo, mediante el uso de diversos indicadores (inicio de conducta sexual, consumo -frecuencia y cantidad- de tabaco, de alcohol, de drogas, además de intento de suicidio). Las definiciones y los reactivos se sustentan en el trabajo realizado en diversos estudios. Para la definición de la dimensión de conducta sexual, estas investigadoras retomaron algunos reactivos empleados por Pick de Weiss, et al.; para las definiciones de consumo de tabaco, alcohol y drogas se retomaron las estipuladas en la Encuesta Nacional de Adicciones publicada en 1988 y la definición de intento de suicidio se basó en el trabajo desarrollado por González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998). El cuestionario consta de 25 preguntas abiertas y cerradas, siete son sobre conducta sexual, cinco de consumo de tabaco, cinco para consumo de alcohol, tres para consumo de drogas y cinco para intento de suicidio. La mayor parte de las respuestas son de nivel nominal, pero también hay respuestas de nivel de intervalo y ordinal. La información obtenida es descriptiva y permite hacer comparaciones entre grupos.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron auto-aplicables y se les proporcionaron a los jóvenes en los salones de clase, previa autorización de los directivos y profesores de las instituciones escolares. Se informó a todos los adolescentes el propósito del estudio, su participación fue voluntaria y anónima.

RESULTADOS

Análisis psicométrico de la escala.

Para confirmar la validez psicométrica de la escala, se realizó una correlación ítem-total con los reactivos de cada una de las seis dimensiones, se seleccionaron los reactivos por dimensión que cubrieron los siguientes criterios: que hubiera un mínimo de tres reactivos con una correlación ítem total superior a .50 y que tuvieran claridad conceptual. Después de este análisis la escala quedó conformada por 29 reactivos, los reactivos de la dimensión de autonomía se eliminaron debido a que no cumplieron con los criterios de confiabilidad antes descritos. Con el propósito de confirmar la dimensionalidad de la escala se realizó un análisis factorial con rotación varimax y valores *eigen* superiores a 1.0; los criterios para considerar un factor fue que tuviera un mínimo de tres ítems, que presentaran una carga factorial superior a 0.50 y que tuvieran claridad conceptual. Como resultado de este análisis se obtuvieron 7 factores, que explicaron el 60.51% de la varianza total, en la tabla 10 se pueden observar estos factores, el número de reactivos y su consistencia interna (Kaiser-Meyer-Okin= .911, Prueba Barlett Chi –cuadrado aproximado = 12 032.95, *gl*= 496).

Tabla 10
Propiedades psicométricas de la Escala de BP para adolescentes.

7 Factores	Reactivos	Peso Factorial
F1. CRECIMIENTO PERSONAL Reactivos 6 $\alpha = 0.79$ Varianza explicada: 26.47% $\rho = .000$	1. Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.	.735
	2. Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.	.697
	3. Me intereso en perfeccionar mis habilidades.	.655
	4. Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.	.591
	5. Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.	.564
	6. Si me esfuerzo logro lo que quiero.	.518
F2. RELACIONES POSITIVAS CON OTROS Reactivos 5 $\alpha = 0.81$ Varianza explicada: 10.15% $\rho = .000$	1. Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.	.799
	2. Se me hace difícil hacer nuevos amigos (as).	.782*
	3. Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.	.753*
	4. Tengo buenas relaciones con mis compañeros (as).	.662
	5. Me llevo bien con mis compañeros (as).	.647
F3. PROPÓSITO DE VIDA Reactivos 4 $\alpha = 0.80$ Varianza explicada: 6.59% $\rho = .000$	1. Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida	.774
	2. Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.	.761
	3. Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.	.730
	4. Me he propuesto lograr varias metas.	.540
F4. AUTO-ACEPTACIÓN Reactivos 4 $\alpha = .74$ Varianza explicada: 5.62% $\rho = .000$	1. Me quiero con todos mis defectos.	.784
	2. Acepto mis defectos.	.728
	3. Quisiera tener un cuerpo diferente.	.678*
	4. Odio mis defectos.	.567*
F5. PLANES A FUTURO Reactivos 4 $\alpha = .77$ Varianza explicada: 4.46% $\rho = .000$	1. Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.	.711*
	2. Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.	.732*
	3. Para lograr lo que quiero es importante hacer planes.	.613
	4. Si lucho por alcanzar mis metas las alcanzaré.	.503

F6. RECHAZO PERSONAL Reactivos 3 $\alpha = 0.77$ Varianza explicada: 3.85% $\rho = .000$	1. Odio mi carácter.	.815*
	2. Odio mi manera de ser.	.736*
	3. Quisiera tener otro carácter	.721*
F7. CONTROL PERSONAL Reactivos 3 $\alpha = 0.83$ Varianza explicada: 3.40% $\rho = .000$	1. Controlo mi comportamiento aunque esté alterado (a).	.826
	2. Puedo controlar mis impulsos.	.823
	3. Domino fácilmente mi carácter.	.800

*Estos reactivos fueron re-codificados.

Con el propósito de obtener un indicador de validez convergente, en la tabla 11 se presentan las correlaciones entre los siete factores de la escala de BP y la escala de Satisfacción de Vida (SV) de Diener, et al. (1993), en este último instrumento la satisfacción está considerada como un indicador de bienestar desde la perspectiva hedonista. Como se esperaba seis de las siete correlaciones fueron positivas, con excepción de rechazo personal; en general las correlaciones fueron moderadas, lo que sugiere que las dimensiones están relacionadas pero miden constructos diferentes.

Tabla 11
Índices de correlación entre las 7 dimensiones de BP y SV.

	CP	RPO	PV	Aa	PF	RchP	ConP	SV	BP
CP	1								
RPO	.301**	1							
PV	.546**	.295**	1						
Aa	.302**	.338**	.250**	1					
PF	.558**	.274**	.585**	.239**	1				
RchP	-.264**	-.310**	-.241**	-.575**	-.240**	1			
ConP	.302**	.217**	.268**	.322**	.184**	.395**	1		
SV	.412**	.388**	.409**	.505**	.358**	.375**	.311**	1	

Nota: N= 929; CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal; SV= Satisfacción de vida.
** $p = .01$

PRÁCTICAS PARENTALES, BP Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

Análisis Descriptivo de BP y PP.

Las medias y las desviaciones estándar de: a) cada una de las siete dimensiones de la Escala de BP, b) del total de la escala de BP, c) del total de la escala de SV y d) de la Escala de PP-A para ambos padres se presentan en la tabla 12.

Tabla 12
Medias y desviaciones estándar de las dimensiones de BP, SV y de PP-A de los padres.

Sexo participantes	Hombres (n=332)		Mujeres (n=400)	
	M	D.E.	M	D.E.
Crecimiento Personal	3.50	0.41	3.56	0.37
Relaciones Positivas con otros	3.22	0.58	3.25	0.57
Propósito de Vida	3.36	0.55	3.44	0.55
Auto-aceptación	3.25	0.57	3.15	0.65
Planes a futuro	3.55	0.49	3.67	0.41
Rechazo Personal	0.70	0.64	0.70	0.66
Control Personal	2.95	0.64	2.75	0.67
Bienestar Psicológico	3.31	0.36	3.30	0.36
Satisfacción de vida	3.27	0.53	3.28	0.53
Comunicación Materna	2.93	0.73	3.05	0.83
Autonomía Materna	3.15	0.60	3.19	0.64
Imposición Materna	1.85	0.63	1.83	0.71
Control Psicológico Materno	1.46	0.51	1.51	0.53
Control Conductual Materno	3.03	0.63	3.26	0.61
Comunicación y Control Conductual Paterno	2.66	0.85	2.58	0.85
Autonomía Paterna	3.09	0.76	3.13	0.75
Imposición Paterna	1.77	0.70	1.65	0.71
Control Psicológico Paterno	1.44	0.61	1.37	0.55

*Media teórica= 2.00

Como se puede observar en los hombres y en las mujeres las dimensiones de la escala de BP y el total de las escalas que miden los dos tipos de bienestar -BP y SV-, estuvieron arriba de la media teórica, con excepción de rechazo personal. Una situación semejante se observa en la percepción de las prácticas parentales de: comunicación, autonomía y control materno, así como las de comunicación y control conductual paterno y la de autonomía paterna. Lo opuesto se presentó con las prácticas de control psicológico e imposición materna y paterna, las cuales estuvieron abajo de la media teórica.

Correlaciones entre las dimensiones de BP y de PP.

Para valorar la relación de las prácticas parentales y el BP, se obtuvieron índices de correlación por sexo, entre las siete dimensiones de la Escala de BP, la de SV y la Escala de PP-A, en la tabla 13 se presentan los índices correlación de la versión para la madre y en la tabla 14, los del padre.

Tabla 13
Índices de correlación entre las dimensiones de la escala de BP, las de la escala PP-A (mamá) y la de SV por sexo del hijo

Sexo	CreP	RPO	PV	Aa	PF	RchP	ConP	CM	AuM	ImpM	CPsM	CCM	SV	
H	CreP	1												
	RPO	.289**	1											
	PV	.532**	.302**	1										
	Aa	.283**	.336**	.286**	1									
	PF	.575**	.276**	.544**	.301**	1								
	RchP	-.199**	-.336**	-.195**	-.526**	-.236**	1							
	ConP	.301**	.268**	.334**	.331**	.267**	-.422**	1						
	CM	.219**	.324**	.180**	.215**	.280**	-.145**	.143**	1					
	AutM	.221**	.283**	.120*	.199**	.216**	-.167**	.129*	.601**	1				
	ImM	-.111*	-.192**	-.085	-.241**	-.159**	.144**	-.105*	-.408**	-.611**	1			
	CPsM	-.136**	-.290**	-.095	-.223**	-.170**	.232**	-.180**	-.508**	-.550**	.676**	1		
	CCM	.222**	.212**	.252**	.201**	.299**	-.161**	.154**	.696**	.428**	-.245**	-.333**	1	
	SV	.429**	.458**	.440**	.452**	.391**	-.305**	.340**	.465**	.337**	-.198**	-.273**	.371**	1
	M	CreP	1											
RPO		.303**	1											
PV		.560**	.297**	1										
Aa		.323**	.341**	.231**	1									
PF		.542**	.271**	.635**	.206**	1								
RchP		-.311**	-.295**	-.285**	-.613**	-.237**	1							
ConP		.305**	.194**	.243**	.323**	.156**	-.413**	1						
CM		.213**	.143**	.256**	.215**	.225**	-.157**	.183**	1					
AutM		.248**	.115*	.246**	.258**	.280**	-.267**	.230**	.642**	1				
ImM		-.094*	-.083	-.114*	-.168**	-.162**	.187**	-.156**	-.504**	-.624**	1			
CPsM		-.095*	-.112*	-.176**	-.281**	-.164**	.269**	-.253**	-.550**	-.609**	.736**	1		
CCM		.228**	.197**	.302**	.230**	.265**	-.208**	.205**	.695**	.483**	-.366**	-.455**	1	
SV		.396**	.315**	.405**	.540**	.345**	-.423**	.302**	.349**	.352**	-.242**	-.342**	.318**	1

Nota: H= Hombres (n= 394); M= Mujeres (n= 464)

CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal; CM= Comunicación Materna; AuM= Autonomía Materna; ImM= Imposición Materna; CPsM= Control Psicológico Materno; CCM= Control Conductual Materno; SV= Satisfacción de vida.

**p= .01; *p= .05

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Tabla 14
Índices de correlación entre las dimensiones de la escala de BP, la escala de PP-A (papá) y la escala de SV por sexo del hijo.

Sexo	CreP	RPO	PV	Aa	PF	RchP	ConP	CCCP	AuP	ImP	CPsP	SV
H	CreP	1										
	RPO	.261**	1									
	PV	.510**	.297**	1								
	Aa	.220**	.328**	.291**	1							
	PF	.541**	.258**	.568**	.235**	1						
	RchP	-.202**	-.334**	-.214**	-.528**	-.223**	1					
	ConP	.323**	.295**	.300**	.308**	.251**	-.379**	1				
	CCCP	.130*	.232**	.165**	.182**	.144**	-.176**	.115*	1			
	AuP	.150**	.208**	.106*	.139**	.143**	-.175**	.097	.653**	1		
	ImP	.015	-.111*	-.023	-.180**	-.052	.125*	.014	-.203**	-.466**	1	
	CPsP	-.066	-.221**	-.126*	-.199**	-.096	.176**	-.033	-.415**	-.597**	.668**	1
	SV	.404**	.472**	.402**	-.421**	.347**	-.309**	.329**	.347**	.256**	-.104	-.155**
M	CreP	1										
	RPO	.318**	1									
	PV	.558**	.287**	1								
	Aa	.321**	.349**	.246**	1							
	PF	.560**	.275**	.641**	.209**	1						
	RchP	-.298**	-.296**	-.264**	-.600**	-.228**	1					
	ConP	.324**	.200**	.254**	.314**	.186**	-.406**	1				
	CCCP	.140**	.090	.105*	.187**	.061	-.150**	.164**	1			
	AuP	.104*	.092	.116*	.167**	.137**	-.167**	.126**	.616**	1		
	ImP	-.042	-.034	-.019	-.149**	-.124*	.135**	-.078	-.348**	-.555**	1	
	CPsP	-.080	-.110*	-.070	-.144**	-.142**	.154**	-.092	-.367**	-.524**	.735**	1
	SV	.417**	.351**	.409**	.570**	.369**	-.447**	.314**	.275**	.253**	-.152**	-.216**

Nota: H = Hombre (n= 349); M= Mujer (n= 427); CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal; CCCP= Comunicación y Control Conductual Paterno; AuP= Autonomía Paterna; ImP= Imposición Paterna; CPsP= Control Psicológico Paterno; SV= Satisfacción de vida
**p= .01; * p= .05

Como se puede apreciar en las tablas 13 y 14, todas las dimensiones de BP correlacionaron de manera significativa pero débil en la dirección esperada con las dimensiones de las prácticas maternas y paternas.

Correlaciones entre BP total y PP.

Con el propósito de identificar los efectos del puntaje total de la escala de BP y su relación con las escalas de PP-A de ambos padres, así como con SV, en la tabla 15 se presentan las correlaciones entre las escalas antes mencionadas por sexo del hijo.

Tabla 15
Índices de correlación entre las dimensiones de las escalas de PP-A para mamá y papá y el total de la escala de BP y de SV, por sexo del hijo.

Sexo		CM	AuM	ImpM	CPsM	CCM	CCCP	AuP	ImpP	CPsP	BP	SV
H	CM	1										
	AuM	.606**	1									
	ImpM	.420**	-.632**	1								
	CPsM	-.527**	-.598**	.676**	1							
	CCM	.703**	.436**	-.237**	-.345**	1						
	CCCP	.501**	.281**	-.159**	-.189**	.405**	1					
	AuP	.384**	.465**	-.275**	-.300**	.352**	.654**	1				
	ImpP	-.090	-.160**	.321**	.231**	-.122*	-.206**	-.478**	1			
	CPsP	-.231**	-.265**	.264**	.401**	-.274**	-.433**	-.608**	.667**	1		
	BP	.323**	.296**	-.187**	-.298**	.298**	.240**	.214**	-.106	-.224**	1	
SV	.466**	.343**	-.177**	-.295**	.371**	.344**	.254**	-.107	-.165**	.590**	1	
M	CM	1										
	AuM	.654**	1									
	ImpM	-.515**	-.627**	1								
	CPsM	-.560**	-.615**	.745**	1							
	CCM	.698**	.499**	-.368**	-.447**	1						
	CCCP	.323**	.227**	-.146**	-.221**	.257**	1					
	AuP	.183**	.329**	-.139**	-.243**	.142**	.613**	1				
	ImpP	-.121*	-.153**	.192**	.239**	-.106*	-.350**	-.575**	1			
	CPsP	-.169**	-.200**	.197**	.345**	-.153**	-.365**	-.541**	.738**	1		
	BP	.308**	.392**	-.261**	-.333**	.340**	.203**	.200**	-.151**	-.183**	1	
SV	.385**	.378**	-.275**	-.350**	.344**	.279**	.246**	-.164**	-.219**	.626**	1	

Nota: H = Hombre (n= 332); M= Mujer (n= 400); CM= Comunicación Materna; AuM= Autonomía Materna; ImM= Imposición Materna; CPsM= Control Psicológico Materno; CCM= Control Conductual Materno; CCCP= Comunicación y Control Conductual Paterno; AuP= Autonomía Paterna; ImpP= Imposición Paterna; CPsP= Control Psicológico Paterno; BP= Bienestar Psicológico; SV= Satisfacción de vida.

**p= .01; * p= .05

En general una puntuación alta en las dimensiones de BP y SV se relacionó de manera positiva con comunicación, autonomía y control conductual materno; y de manera negativa con imposición y control psicológico materno. Por otro lado también se aprecian algunas diferencias entre los hombres y las mujeres; en el caso de las jóvenes, las correlaciones entre BP y las prácticas maternas de comunicación fueron positivas pero un poco más bajas en comparación con las de los hombres, una situación semejante se presenta con las prácticas de control psicológico paterno en donde la relación es negativa pero la correlación es más baja en las mujeres. En las prácticas positivas de ambos padres (autonomía materna, control conductual materno y autonomía paterna) las correlaciones fueron más altas en las mujeres, con excepción de comunicación y control conductual paterno, que resultó más alta en los varones. Como se esperaba se encontró una relación inversa entre BP y las prácticas maternas y paternas negativas (imposición y control psicológico materno y paterno) en hombres y mujeres, pero en los varones la correlación entre BP y el control psicológico paterno fue mayor en comparación con las mujeres; en general se observó que a mayor percepción de imposición y control psicológico de ambos padres los puntajes de BP de los hijos fueron menores.

Nivel de predicción de las PP en el BP de los adolescentes.

Una vez obtenidos y analizados los índices de correlación, se procedió a valorar el nivel de predicción de las prácticas parentales en el BP, para esto se realizaron análisis de regresión con el método paso a paso. Debido a que las correlaciones fueron diferentes en hombres y mujeres se decidió realizar análisis de regresión por sexo, para cada una de las siete dimensiones de la escala de BP y las PP. Los resultados del efecto de las prácticas maternas y paternas de hombres y mujeres por cada dimensión pueden revisarse en el anexo 5, en estos análisis se encontró que en general los porcentajes de varianza explicada por las prácticas parentales fueron bajos, aunque las prácticas maternas (2.5% a 10%) explicaron porcentajes ligeramente mayores que las paternas (1.2% a 5.2%).

Dado que las correlaciones entre el BP total y las PP fueron mayores, se decidió llevar a cabo un análisis de regresión múltiple paso a paso, en donde las PP entraron como variables independientes y el BP total como variable dependiente.

En la tabla 16 se observa que, en el caso de los hombres en el primer paso del análisis entró la dimensión de comunicación materna [$F(1,392) = 45.45, p < .001$]. En el segundo paso se agregó la dimensión de control psicológico materno [$F(2,391) = 28.42, p < .001$]. En el tercer paso se incorporó la dimensión de control conductual materno [$F(3,390) = 22.21, p < .001$] y en el cuarto paso se integró nuevamente el control conductual materno [$F(3,391) = 32.33, p < .001$]. En el caso de las mujeres, en el primer paso se anexó la dimensión de autonomía materna [$F(1,471) = 68.50, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de control conductual materno [$F(2,470) = 47.72, p < .01$].

Tabla 16
Prácticas maternas como predictoras de BP por sexo del hijo.

Hombres		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación Materna	.159	.024	.322***	.104	
Paso 2	Comunicación Materna	.147	.031	.233**		
	Control Psicológico Materno	-.128	.040	-.176***	.127	.023
Paso 3	Comunicación Materna	.048	.035	.096		
	Control Psicológico Materno	-.132	.040	-.182***		
	Control Conductual Materno	.111	.038	.192**	.146	.019
Paso 4	Control Psicológico Materno	-.154	.036	-.211***		
	Control Conductual Materno	.144	.029	.249***	.142	-.004
Mujeres		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía Materna	.200	.093	.356**	.125	
Paso 2	Control Conductual Materno	.139	.029	.233***		
	Autonomía Materna	.138	.027	.246***	.169	.044

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Los resultados del efecto de las prácticas parentales de la figura paterna en el BP de los adolescentes por sexo se presentan en la tabla 17, en el caso de los varones, en el primer paso ingresó la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 347) = 23.88, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de control psicológico paterno [$F(2, 346) = 14.39, p < .001$]. En las adolescentes, en el primer paso entró la dimensión de autonomía paterna [$F(1, 428) = 18.68, p < .001$]. En el segundo paso se agregó comunicación y control conductual paterno [$F(2, 427) = 11.56, p < .001$].

Tabla 17
Prácticas paternas como predictoras de PB por sexo del hijo.

Hombres		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.106	0.22	.254***	.064	
Paso 2	Comunicación y Control Conductual Materno	.084	.024	.203***	.077	.013
	Control Psicológico Paterno	-.071	.033	-.122**	.051	
Mujeres		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía Paterna	.099	.0.23	.205***	.042	
Paso 2	Comunicación y Control Conductual Paterno	.053	.025	.124*	.051	.010
	Autonomía Paterna	.062	.029	.128*		

*** $p = < .001$; ** $p = < .01$; * $p = < .05$

Al comparar el efecto de las prácticas de la madre y del padre en el BP total por sexo del hijo, se encontró que las diferencias entre hombres y mujeres son claras; en el caso de los hombres un puntaje alto en las prácticas maternas de comunicación y un bajo control psicológico contribuyeron a un mayor BP de los jóvenes. En las mujeres, quienes percibieron prácticas de autonomía y de control conductual de su mamá, tuvieron un mayor puntaje en BP.

Con respecto al efecto de las prácticas paternas en los varones se encontró que las prácticas paternas de comunicación y control conductual paterno y las de

autonomía paterna contribuyen a un mayor BP. Por último el análisis de los efectos de las prácticas paternas en el BP de las mujeres, muestra que las prácticas de autonomía/comunicación y control conductual paterno fueron predictoras de mayor puntaje en el BP de las adolescentes.

BP Y CONDUCTAS DE RIESGO.

Análisis descriptivo:

En esta sección se presentan los resultados obtenidos por los participantes en las conductas de riesgo evaluadas. Con relación a la conducta sexual sólo el 24.4% ($n = 229$) reportó tener relaciones sexuales, 114 fueron varones y 115 mujeres. El rango de edad para el inicio o debut sexual para los hombres fue de 11 a 17 años ($M = 14.74$; $DE = 0.98$); en las mujeres fue de 12 a 18 años ($M = 15.13$; $DE = 1.08$). El 58.8% de los varones y 83.5% de las mujeres señalaron que su primera relación sexual fue con el novio o novia; el 25.4% de los hombres y el 9.6% de las mujeres reportaron que fue con un amigo(a). Con respecto a si emplearon algún anticonceptivo cuando tuvieron relaciones la primera vez, los jóvenes que respondieron afirmativamente fueron el 79% ($n = 91$) de los hombres y el 85.2% de las mujeres. El 98.8% de los hombres y el 88.8% de las mujeres emplearon condón y en menor medida otros anticonceptivos; el 20% de los varones y el 14.8% de las mujeres señaló que no usó ningún anticonceptivo. Del 50% ($n = 57$) de los varones que reportaron que actualmente tienen relaciones sexuales, 59.6% señalan que es con su novia(o), 17.5% con alguna amiga(o) y el resto con alguna pareja ocasional u otro. El 78.2% ($n = 61$) de las mujeres señalan que tienen relaciones actualmente con su novio, el 7.7% con algún amigo y el 11.5% con alguna pareja ocasional. El 91.2% de los hombres y el 91% de las mujeres que actualmente tienen relaciones sexuales reportan que emplean algún anticonceptivo, el 96.2% de los hombres indica que es el condón y el 3.8% restante señala que su pareja emplea algún tipo de pastillas; en las mujeres el

88.7% emplea condón y el resto algún otro tipo de anticonceptivo (pastillas, inyecciones, otros).

Por lo que se refiere al consumo de tabaco, el 47.1% de los varones ($n= 201$) y el 50.1% ($n= 257$) de las mujeres señalaron que han fumado alguna vez en su vida. En los varones el rango de la edad que tenían cuando fumaron por primera vez fue de 7 a 18 años ($M =13.65$, $DE=1.58$); y en las mujeres de 9 a 18 años ($M =14.14$; $DE=1.58$). Los jóvenes que reportaron que habían fumado tabaco en el último año fueron el 76.1% de los varones y el 65.8% de las mujeres. Los varones que reportaron que habían fumado tabaco de seis a 20 o más días fueron el 30.1%, los que fumaron de uno a cinco días fueron el 38.6% y los que no fumaron fueron el 31.4%. En las mujeres el 23.1% señaló que fumó de seis a 20 o más días, el 41 % de uno a cinco días y el 35.8% reportó que no había fumado en ese periodo. En relación al número de cigarrillos que fuman por día, el 69.6% de los hombres y el 74.3% de las mujeres señalaron que fumaban sólo un cigarrillo. El 13.7% de los varones y el 14.9% de las mujeres señalaron que fumaron dos cigarrillos al día; el 8.8% de los hombres y el 5% de las mujeres reportó fumar tres cigarrillos.

Respecto al consumo de alcohol, el 73.1% de los varones ($n = 312$) y el 70.6% ($n = 362$) de las mujeres reportaron haber tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica. El rango de edad para los varones fue de 5 a 17 años ($M = 13.37$; $DE= 2.05$) y para las mujeres de 6 a 18 años ($M =13.37$; $DE= 2.05$). Las bebidas que acostumbran beber con más frecuencia los varones son: cerveza (39.1%), tequila (14.2%), vodka (22.8%) y whisky (6.3%) entre otras. Las mujeres reportan: cerveza (36.8%), tequila (19.4%), vodka (21.7%) y vino (6.8%), entre otras. Con referencia a la frecuencia con la que han tomado cinco o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión, el 25.4% ($n = 79$) de los varones reportó que nunca lo había hecho; el 34.7% ($n = 108$) señaló que al menos una vez al año; el 35% ($n = 109$) respondió que lo habían hecho de una a tres veces en el último mes y el 4.8% ($n = 15$) informaron que lo hicieron una o más veces en la última semana; por su parte el 35.5% ($n = 127$) de las mujeres señaló que

nunca lo había hecho; el 30.7% ($n = 127$) reportó que al menos una vez en el último año; el 14.5% ($n = 52$) informó que lo había hecho de dos a tres veces en el último mes y el 3.6% ($n = 13$) una o más veces en la última semana. En relación a la frecuencia con la que se emborrachan, el 47.1% ($n = 146$) de los hombres respondió que nunca; el 27.4% lo hizo al menos una vez al año; el 18.4% reportó que lo había hecho una vez en el último mes; el 6.1% respondió que de dos tres veces en el último mes y el 1% una o más veces por semana. El 52% ($n = 186$) de las mujeres indicaron que nunca lo habían hecho, el 28.8% por lo menos una vez en el último año; 11.2% señaló que lo había hecho una vez en el último mes; 6.7% lo hizo de dos a tres veces en el último mes y 1.4% una o más veces en la última semana.

Con respecto al consumo de drogas, el 83.8% ($n = 358$) de los varones respondió que nunca habían consumido alguna droga ilegal y el 16.2% ($n = 69$) que si lo habían hecho; en el caso de las mujeres el 86.7% ($n = 444$) reportó que no lo habían hecho y el 13.3% ($n = 68$) que sí habían consumido. En relación al tipo de droga que consumieron, los hombres señalaron: marihuana (79.1%), thiner (3%), tachas (1.5%), cocaína (7.5%), LSD (7.5%) y otras (1.5%). Las mujeres reportaron: marihuana (86.4%), thiner (1.3%), LSD (6.1%) y otras (6.1%). El rango de edad de los hombres, respecto a la primera vez que consumieron alguna droga ilegal fue de 12 a 18 años ($M = 15.10$; $DE = 2.35$) y el de las mujeres fue de 11 a 18 años ($M = 15.29$; $DE = 1.33$).

En referencia a la conducta suicida, se encontró que del total de la muestra, el 3% ($n = 13$) de los varones y el 11.4% ($n = 58$) de las mujeres reportó haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida. La edad promedio que tenían la única/última vez que se hicieron daño fue de 13.92 ($DE = 1.65$) para los hombres y de 13.54 ($DE = 1.91$) para las mujeres. El método empleado con más frecuencia fue la cortadura (61.5% de los hombres y 71.9% de las mujeres), seguido de la ingesta de pastillas o veneno (23.1% de los hombres y 12.3% de las mujeres). Entre las razones que dieron para intentar suicidarse se detectó para ambos grupos la depresión, que comprendía la soledad, la tristeza, el sentir que no

servían para nada y que no se querían (61.5% de los hombres y 54.2% de las mujeres); el segundo motivo fueron los problemas familiares (23.1% de los varones y 27.1% de las mujeres). El 7.7% de los hombres y el 15.3% de las mujeres reportó que fueron hospitalizados.

Diferencias en BP entre hombres y mujeres que reportaron alguna conducta de riesgo y quienes no lo hicieron.

Con el propósito de identificar diferencias entre los puntajes de los adolescentes que reportaron conductas de riesgo y quienes no lo hicieron y sus puntajes tanto en cada una de las dimensiones de la escala de BP, como en el puntaje total de esta escala, se empleó una “t” de Student para muestras independientes.

En las tablas de la 18 a la 22 se muestran las diferencias entre cada una de las siete dimensiones de BP y las conductas de riesgo valoradas; en la tabla 23 se observan las diferencias entre los puntajes totales de BP y las cinco conductas de riesgo.

Las diferencias en las dimensiones de BP entre los jóvenes que reportaron que han y no han tenido relaciones sexuales, se presentan en la tabla 18, en los varones se encontraron diferencias significativas solamente en la dimensión de planes a futuro y en las mujeres únicamente en control personal.

Tabla 18

Diferencias en las dimensiones de la escala de BP en hombres y mujeres que han y no han tenido relaciones sexuales.

Dimen- siones BP	MUJERES <i>g</i> = 504					HOMBRES <i>g</i> = 421				
	Si han tenido (<i>n</i> =111)		No han tenido (<i>n</i> =395)			Si han tenido (<i>n</i> =113)		No han tenido (<i>n</i> =310)		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>
Cre	3.54	.37	3.56	.37	-0.61	3.44	.42	3.55	.40	-1.82
RPO	3.34	.54	3.22	.54	2.01	3.26	.57	3.21	.58	0.79
PV	3.45	.55	3.45	.56	0.30	3.29	.58	3.39	.54	-1.50
Aa	3.19	.72	3.14	.64	0.64	3.21	.55	3.27	.55	-0.96
PF	3.66	.44	3.67	.40	-0.09	3.45	.55	3.59	.46	-2.51*
RchP	0.78	.67	0.72	.66	0.44	0.78	.71	0.66	.61	-1.90
ConP	2.62	.72	2.78	.64	-2.04*	2.85	.69	2.99	.62	-1.88

Nota: CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal.

**p*= .05

Las diferencias en las dimensiones del BP entre los y las jóvenes que han y no han consumido tabaco, se presentan en la tabla 19. En las mujeres se encontraron diferencias significativas en cinco de las dimensiones de BP; en los varones sólo hubo diferencias significativas en cuatro dimensiones.

Tabla 19

Diferencias en las dimensiones de la escala de BP en hombres y mujeres que han y no han fumado tabaco alguna vez en su vida.

Dimen- siones BP	MUJERES <i>g</i> = 504					HOMBRES <i>g</i> = 421				
	Si han fumado (<i>n</i> =252)		No han fumado (<i>n</i> =254)			Si han fumado (<i>n</i> =199)		No han fumado (<i>n</i> =224)		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>
Cre	3.53	.39	3.58	.35	-1.36	3.45	.45	3.55	.36	-2.48*
RPO	3.29	.55	3.21	.58	1.58	3.24	.56	3.20	.60	0.65
PV	3.38	.59	3.49	.51	-2.28*	3.33	.54	3.39	.56	-1.23
Aa	3.08	.73	3.21	.56	-2.24*	3.19	.60	3.31	.54	-2.17*
PF	3.61	.45	3.72	.36	-2.89**	3.50	.54	3.60	.44	-2.12*
RchP	0.78	.73	0.63	.59	-2.53*	0.77	.64	0.63	.64	-2.29*
ConP	2.67	.71	2.82	.61	-2.47*	2.89	.65	3.00	.63	-1.83

Nota: CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal.

* *p*= .01; ** *p*= .05

En la tabla 20 se observan las diferencias encontradas en las dimensiones de BP entre los y las adolescentes que han o no han tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica. En los hombres, la única dimensión que resultó significativa fue planes a futuro; en las jóvenes sólo se encontraron diferencias significativas en control personal.

Tabla 20

Diferencias en las dimensiones de la escala de BP en hombres y mujeres que han y no han bebido una copa completa de alguna bebida alcohólica en su vida.

Dimen- siones BP	MUJERES <i>g</i> = 504					HOMBRES <i>g</i> = 421				
	Si han bebido (<i>n</i> =357)		No han bebido (<i>n</i> =149)			Si han bebido (<i>n</i> =310)		No han bebido (<i>n</i> =113)		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>
Cre	3.55	.38	3.58	.36	-0.84	3.49	.42	3.54	.37	-1.14
RPO	3.28	.55	3.18	.59	1.67	3.24	.57	3.18	.59	0.88
PV	3.41	.50	3.50	.52	-1.71	3.36	.54	3.38	.58	-3.18
Aa	3.13	.66	3.19	.64	-0.91	3.25	.56	3.27	.60	-0.38
PF	3.65	.43	3.71	.35	-1.64	3.52	.50	3.63	.45	-2.08*
RchP	0.74	.69	0.64	.59	-1.38	0.70	.61	0.69	.73	-0.06
ConP	2.68	.69	2.90	.57	-3.60**	2.91	.63	3.05	.66	-1.91

Nota: CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal.

* *p*≤ .01; ** *p*≤ .05

Las diferencias entre los y las jóvenes que reportaron que no había probado drogas ilegales y los que señalaron que alguna vez en su vida lo habían hecho, se presentan en la tabla 21. En los varones se observa que cinco de las dimensiones de BP resultaron significativas. El caso de las mujeres es diferente, ya que en ninguna de las dimensiones de BP se encontraron diferencias significativas.

Tabla 21

Diferencias en las dimensiones de la escala de BP en hombres y mujeres que han y no han consumido alguna droga ilegal.

Dimen- siones BP	MUJERES <i>g</i> = 503					HOMBRES <i>g</i> = 421				
	Han consumido (<i>n</i> =65)		No han consumido (<i>n</i> =440)			Han consumido (<i>n</i> =69)		No han consumido (<i>n</i> =354)		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>
Cre	3.52	.42	3.56	.36	-0.77	3.37	.56	3.53	.37	-3.02*
RPO	3.24	.62	3.25	.56	-0.07	3.15	.64	3.23	.57	-1.04
PV	3.36	.60	3.45	.55	-1.03	3.14	.63	3.40	.53	-3.66**
Aa	3.06	.82	3.16	.63	-0.91	3.09	.65	3.29	.55	-2.60*
PF	3.56	.51	3.68	.39	-1.75	3.33	.67	3.60	.44	-4.18*
RchP	0.80	.80	0.69	.64	-1.06	0.90	.78	0.66	.60	-2.94*
ConP	2.70	.76	2.76	.65	-0.58	2.83	.77	2.97	.61	-1.50

Nota: CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal; SV= Satisfacción de vida.

* *p*≤ .01; ** *p*≤ .05

Por último en la tabla 22 se presentan las diferencias en las dimensiones de BP, en los jóvenes que han y no han intentado suicidarse. En los varones no resultó significativa ninguna dimensión de BP; pero en las mujeres cuatro de las dimensiones de BP fueron significativas: propósito de vida, auto-aceptación, rechazo personal y control personal.

Tabla 22

Diferencias en las dimensiones de la escala de BP en hombres y mujeres que han y no han intentado suicidarse.

Dimen- siones BP	MUJERES <i>g</i> = 496					HOMBRES <i>g</i> = 416				
	Han intentado (<i>n</i> =48)		No han intentado (<i>n</i> =450)		<i>t</i>	Han intentado (<i>n</i> =9)		No han intentado (<i>n</i> =409)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Cre	3.47	.34	3.56	.37	1.60	3.38	.37	3.51	.40	1.01
RPO	3.14	.58	3.26	.56	1.38	2.88	.85	3.24	.57	1.22
PV	3.16	.60	3.47	.53	3.62**	3.22	.55	3.37	.55	0.80
Aa	2.70	.77	3.20	.62	5.18**	2.75	.83	3.27	.56	1.86
PF	3.61	.37	3.68	.41	1.05	3.36	.35	3.56	.49	1.68
RchP	1.12	.82	0.66	.63	4.59**	1.41	1.11	0.67	.61	1.99
ConP	2.47	.75	2.78	.65	3.02*	2.48	.64	2.97	.63	2.25

Nota: CreP= Crecimiento Personal; RPO= Relaciones Positivas con Otros; PV= Propósito de Vida; Aa= Auto-aceptación; PF= Planes a Futuro; RchP= Rechazo Personal; ConP= Control Personal.
* *p* < .01; ** *p* < .05

Las dimensiones de BP en las que se identificaron diferencias significativas entre los jóvenes que no reportaron conductas de riesgo y aquellos (as) que sí lo hicieron variaron por sexo. Las mujeres que no reportaron comportamientos que hayan puesto en riesgo su integridad, salud o vida, obtuvieron puntajes altos en alguna de las siguientes dimensiones: control personal, propósito de vida, auto-aceptación y/o en planes a futuro; además de un puntaje bajo en rechazo personal; por su parte, los varones que no reportaron conductas de riesgo también tuvieron puntajes bajos en rechazo personal y puntajes altos en alguna de las siguientes dimensiones: crecimiento personal, propósito de vida, auto-aceptación y planes a futuro. En la dimensión de control personal se identificaron diferencias significativas únicamente en el caso de las mujeres y en los hombres sólo en crecimiento personal. La única dimensión en la que no hubo diferencias significativas entre quienes presentaron conductas de riesgo y los que no lo hicieron fue relaciones positivas con otros.

En la tabla 23 se presentan las diferencias entre el total de las escalas de BP y de SV en hombres y mujeres que han y no han reportado alguna de las conductas de riesgo evaluadas. En general se observa que las medias de los hombres y las mujeres que no reportaron conductas de riesgo son mayores que las de los que sí lo hicieron, lo que sugiere niveles de bienestar mayores en los jóvenes que no han experimentado conductas de riesgo. Se corroboraron también algunas diferencias por sexo, por ejemplo con respecto al debut sexual

no hay diferencias significativas en las mujeres con ninguna de las escalas de BP o de SV, pero en los varones hay diferencias significativas en BP entre los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales.

Tabla 23
Diferencias en las escalas de BP y de SV en hombres y mujeres que han y no han reportado alguna conducta de riesgo.

Riesgo	MUJERES					HOMBRES				
	Han tenido (n=111)		No han tenido (n=395) gl= 504		t	Han tenido (n=113)		No han tenido (n=310) gl= 421		t
Rel. sex	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
BP	3.30	.38	3.30	.36	.120	3.25	.41	3.28	.51	2.18*
SV	3.24	.58	3.29	.51	-0.77	3.25	.57	3.28	.51	-0.49
Tabaco	Han fumado (n=252)		No han fumado (n=254) gl= 504		t	Han fumado (n=199)		No han fumado (n=224) gl= 421		t
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
BP	3.25	.39	3.34	.39	268**	3.35	.38	3.26	.34	2.46*
SV	3.20	.56	3.34	.48	-3.40*	3.17	.54	3.37	.50	-3.89***
Alcohol	Han bebido (n=357)		No han bebido (n=149) gl= 504		t	Han bebido (n=310)		No han bebido (n=113) gl= 421		t
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
BP	3.28	.37	3.34	.34	1.89	3.30	.36	3.34	.37	1.00
SV	3.25	.55	3.36	.45	-2.09*	3.23	.54	3.39	.46	-2.71*
Drogas	Han probado (n=65)		No han probado (n=440) gl= 496		t	Han probado (n=69)		No han probado (n=354) gl=416		t
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
BP	3.09	.45	3.23	.35	1.23	3.14	.46	3.34	.33	4.12***
SV	3.20	.56	3.34	.48	-3.15**	3.09	.64	3.31	.50	-3.10**
Suicidio	Han intentado (n=48)		No han intentado (n=450) gl= 496		t	Han intentado (n=9)		No han intentado (n=409) gl=416		t
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
BP	3.06	.35	3.33	.37	4.83***	2.95	.35	3.32	.39	3.06**
SV	2.93	.50	3.32	.63	-4.09***	2.53	.51	3.29	.65	-4.36***

Nota: BP= Bienestar Psicológico; SV= Satisfacción de vida.

***p= <.001; **p= <.01; *p= <.05

Con relación al consumo de alcohol, tanto en los hombres como en las mujeres se encontraron diferencias significativas en SV pero no en BP. En el caso del consumo de drogas ilícitas, hubo diferencias significativas en el BP y en la SV de los hombres que no han probado drogas; en las mujeres sólo fueron significativas las diferencias en SV.

Los hombres y mujeres que no han fumado y que no han intentado suicidarse, reportaron mejores niveles de bienestar en ambas escalas en comparación con quienes sí lo habían hecho.

El análisis de ambos resultados puede ser de utilidad, ya que los resultados por dimensión permiten una exploración más fina, en donde es factible identificar cuáles son las dimensiones de BP que presentan diferencias con cada una de las conductas de riesgo evaluadas, lo que a su vez permitirá un estudio más detallado de los constructos que las conforman; por su parte los resultados de las diferencias entre las conductas de riesgo y el BP total son más globales y permiten un análisis más general.

VII: DISCUSIÓN

Para el logro de los objetivos generales de esta investigación se plantearon varios objetivos específicos, uno de estos fue el diseño y validación de una escala de BP para adolescentes mexicanos, sustentada teórica y empíricamente, que permitiera identificar las dimensiones que conforman el BP de los adolescentes mexicanos. La escala de BP para adolescentes, que se diseñó y validó en esta investigación, es el resultado de un proceso que se caracterizó por considerar: el significado que le dieron los adolescentes a los términos relacionados con bienestar psicológico (Fase I, estudio 1), los supuestos teóricos y las definiciones operacionales planteados por Ryff (1989a,b), las características de desarrollo de los adolescentes y el procedimiento para la validación psicométrica de la escala.

Los resultados permitieron identificar siete dimensiones para los jóvenes mexicanos (crecimiento personal, relaciones positivas con otros, propósito de vida, auto-aceptación, planes a futuro, rechazo personal y control personal), en lugar de las seis dimensiones propuestas por Ryff. Cabe recordar que en este trabajo, el significado de la dimensión de dominio del ambiente no fue identificado por los jóvenes en el estudio 1, por lo que se decidió trabajar con el constructo de control personal; desde el punto de vista de Lewis et al. (1999) este constructo ha sido investigado por varios académicos con diversos nombres (locus de control, maestría, eficacia personal, auto eficacia, auto-dirección y autonomía personal, entre otros), al respecto consideran que si bien estos constructos no son iguales, se traslapan en gran medida.

Aunque las siete dimensiones son congruentes con los fundamentos teóricos del modelo multidimensional de BP, en este estudio con adolescentes mexicanos no se corroboró la presencia de las seis dimensiones de la propuesta original de Ryff, ya que sólo se identificaron: crecimiento personal, relaciones positivas con otros, auto-aceptación, propósito de vida y control personal. Más aún, como resultado del análisis factorial se encontró que los ítems de auto-aceptación y

propósito de vida, no se concentraron en un solo factor respectivamente, sino que los ítems de cada uno de ellos conformaron a su vez dos factores; en el caso de auto-aceptación uno de los factores fue positivo y se centró en la auto-aceptación y el otro fue negativo y se enfocó en el rechazo personal con tres ítems negativos que fueron recodificados; por otro lado los ítems de propósito de vida también conformaron dos factores, se mantuvo el factor de propósito de vida con dos ítems positivos y dos negativos y se conformó un nuevo factor denominado planes a futuro, también con dos ítems positivos y dos negativos; la dimensión de autonomía se eliminó porque no cubrió los criterios de validación especificados para este estudio.

Los índices de consistencia interna de cada una de las siete dimensiones identificadas y la proporción de varianza explicada fueron adecuados, por lo que se cuenta con un instrumento válido y confiable para medir el BP, desde la perspectiva eudemonista en adolescentes de nuestro país. Las correlaciones entre seis de las dimensiones de funcionamiento positivo fueron positivas y significativas; y como era de esperarse se presentó una correlación significativa y negativa entre rechazo personal y las seis dimensiones de BP. Respecto a la fuerza de la correlación, ésta fue moderada, lo que permitió diferenciar claramente las siete dimensiones, con base en estos resultados se puede concluir que son aspectos diferentes del mismo constructo.

Estos resultados no sólo corroboran la pertinencia de la advertencia de Ryff (1989a) para considerar los factores sociales y culturales de la población antes de aplicar sus escalas, sino que además aportan evidencia empírica respecto de algunas características socioculturales de los adolescentes mexicanos.

En nuestro país desde hace más de 50 años se han realizado diversos estudios acerca de la psicología del mexicano (Díaz-Guerrero, 1986, 1994, 2003), para Díaz-Guerrero, creador de la etnopsicología mexicana, el ecosistema en el que se desarrolla el ser humano es muy complejo y variado e incluye variables biológicas, subjetivas, objetivas, antropológicas, sociales, estructurales

y económicas que determinan la forma en que el individuo y los grupos perciben su funcionamiento (Díaz-Guerrero, 1994, p.333). De acuerdo con este investigador, una de las metas de la etnopsicología es: “sondear y determinar la extensión hasta la cual las múltiples dimensiones de la personalidad, de la cognición y socio psicológicas, descubiertas en países industrializados, se aplican a las poblaciones locales, y si hay diferencias por edad, sexo, nivel socioeconómico, entre poblaciones rurales, urbanas, entre las mayorías y las minorías, etc., tanto como la extensión de las diferencias individuales locales” (Díaz-Guerrero, 1994, p.343-344).

En este sentido y como era de esperarse, aún y cuando el referente teórico es el modelo multidimensional de BP, el instrumento mexicano difiere de las escalas elaboradas originalmente por Ryff, cuyos resultados, según su autora eran manifestaciones de los valores de una clase social alta de estadounidenses, pero también es distinto de la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-J) desarrollada por Casullo y Castro (2000) para adolescentes argentinos, la cual ha sido empleada en diversas poblaciones de jóvenes latinoamericanos (Casullo et al. 2002), y de la adaptación realizada por van Dierendonck (2005) y Díaz et al. (2006) en España. En todos estos casos, no sólo los procesos de diseño y validación psicométrica fueron distintos al realizado en esta investigación, sino también el contexto cultural de los participantes.

Una de las coincidencias con la escala BIEPS-J para jóvenes adolescentes y la que aquí se describe es la identificación de cuatro de las dimensiones propuestas originalmente por Ryff, adaptadas para población adolescente (control, aceptación, vínculos y proyectos), así como la eliminación de la dimensión de autonomía como resultado de la validación con población argentina y mexicana. Una diferencia evidente entre la escala mexicana y la BIEPS-J es el número de dimensiones (7 *versus* 4) y por lo tanto el número total de reactivos (29 *versus* 13), la otra diferencia se refiere a la confiabilidad de cada una de las 7 dimensiones de la escala mexicana ($\alpha = 0.74$ a 0.83), en comparación a la argentina ($\alpha = 0.50$ a 0.56).

La adaptación de las escalas de Ryff por van Dierendonck (2005) fue el resultado de un proceso de validación de constructo, para hacerlo mantuvo las seis dimensiones propuestas por Ryff en las versiones de de 18, 54 y 84 ítems. Para mejorar la calidad psicométrica redujo los 84 ítems originales de la escala larga a un total de 39 (seis a ocho ítems por dimensión en vez de 14), esta versión reducida fue traducida al español y validada con población española por Díaz et al. (2006), en este estudio el rango de edad de la población fue de 18 a 72 años ($M= 33$ años; $DE= 14$), inicialmente emplearon la versión reducida de Van Dierendonck pero como no tuvo niveles de ajuste satisfactorios, de los 39 ítems seleccionaron aquellos que reunían los siguientes criterios: una correlación ítem total superior a 0.30, y que mostraran bajas cargas factoriales (<0.40) con las otras dimensiones; además de que tuvieran coherencia teórica y validez aparente, la escala quedó conformada por 29 ítems, con esta reducción se mejoró su consistencia interna ($\alpha = 0.70$ a 0.84). Cabe señalar que estas últimas versiones no fueron diseñadas ni adaptadas para población adolescente.

Las correlaciones que se presentan en este trabajo, entre las siete dimensiones de BP (perspectiva eudemonista) y el puntaje total de las escalas de BP y SV, permitió contar con indicadores de validez convergente, ya que la SV hace referencia a un juicio global en el que la persona evalúa qué tan satisfecha está con la manera en que ha vivido su propia vida; la SV está considerada como un indicador de bienestar subjetivo, desde la perspectiva hedonista, cuyo foco ha sido la búsqueda de la felicidad (Deci & Ryan, 2001; Kahneman et al., 1999).

Los resultados obtenidos corroboran también los hallazgos de Keyes, et al. (2002) y de Waterman (2008) quienes proporcionaron evidencia empírica para probar que estas dos aproximaciones del bienestar: hedonista y eudemonista representan concepciones diferentes pero relacionadas, ya que cada una mantiene sus características propias, la primera centrada en la felicidad y el placer y la segunda enfocada en la auto-realización y la autodeterminación, lo que permite distinguir dos formas de estar bien. Sin embargo y como sucede con algunos constructos en psicología, investigadores como Kashdan, Biswas-Diener

y King (2008) han planteado una serie de críticas a la distinción entre las perspectivas hedonista y eudemonista, argumentando que son dos tradiciones de investigación acerca de la felicidad pero que no son dos tipos de felicidad, al respecto han planteado los costos de distinguir estas perspectivas, ya que consideran que no sólo se solapan conceptualmente y representan mecanismos psicológicos que operan juntos, sino que además no han logrado definir claramente este constructo y han tenido problemas (falta de consistencia) para medirlo, por lo que han propuesto una sola concepción de felicidad: The Big One (Biswas-Diener, Kashdan & King, 2009). Las respuestas de investigadores como Keyes y Annas (2009), Waterman (2008) y Ryan y Huta (2009) han coincidido en plantear la importancia del estudio del pensamiento eudemonista y el rechazo a constreñir el campo de estudio a una sola concepción.

El estudio del constructo de BP basado en el modelo multidimensional de Ryff con adolescentes mexicanos, no sólo constituye una aportación innovadora sobre los factores que conforman la manera en que se perciben los jóvenes que se desarrollan y actúan positivamente, si no que abre en nuestro país una línea de investigación teórica y empírica sobre la auto-realización y el funcionamiento positivo de los adolescentes mexicanos y en general de las personas a lo largo del ciclo de vida.

El segundo objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de BP de los adolescentes y su percepción de las prácticas parentales de apoyo, comunicación, autonomía, control conductual, imposición y control psicológico. Este estudio es innovador en nuestro país pues no se encontraron investigaciones que relacionaran las prácticas parentales con las dimensiones de BP. En el ámbito internacional hay trabajos que han investigado la relación entre los estilos o las prácticas parentales y constructos psicológicos como: el ajuste psicológico (Fletcher et al., 1999; Sher-Censor & Parke, 2011), la competencia social (Barber et al., 2005), el funcionamiento emocional y académico (Wang et al., 2007); la autonomía (McKinney & Renk, 2008; Wang et al., 2007); el BP, medido como SV, autoestima y/o bajos niveles de desesperanza (Shek, 2005;

2007); o bien el bienestar mental, pero valorado con bajos niveles de malestar (Hair et al, 2008); sólo se encontró un estudio que relacionó ambos constructos (Hupper et al., 2009) con mujeres adultas en Gran Bretaña.

En nuestro país se identificaron los estudios de Aguilar, Valencia y Sarmiento (2007a) quienes investigaron la asociación entre estilos parentales y diversos constructos como: ajuste personal, social y escolar, valorando aspectos tales como: la auto-confianza, la orientación al trabajo y a la escuela, la competencia académica y la SV. Es importante señalar que en todas las investigaciones antes mencionadas se ha encontrado una asociación significativa y positiva entre los estilos (autorizativos y permisivos) y/o las prácticas parentales (de comunicación, apoyo y control conductual), y una relación negativa con los estilos autoritario y/o negligente, o con prácticas de control psicológico e imposición.

Los resultados de este estudio corroboraron lo planteado en la hipótesis de trabajo, en el sentido de que los adolescentes que percibieron: mayor apoyo, respeto a su autonomía, buena comunicación, un control conductual moderado y menor control psicológico e imposición de sus padres tuvieron mayores puntajes en BP; estos hallazgos aportan evidencia empírica con adolescentes mexicanos que confirman lo encontrado en estudios previos realizados a nivel nacional e internacional: a mayor percepción de los adolescentes de prácticas parentales positivas mayor BP, sin embargo es importante señalar que las correlaciones fueron débiles; estos resultados coinciden con lo reportado en estudios previos que han investigado la relación entre los estilos o las prácticas parentales positivas e indicadores de desarrollo funcional como: la competencia social, la auto-confianza, la autoestima, las relaciones interpersonales y la SV (Aguilar, Sarmiento, et al., 2007; Aguilar, Valencia, Martínez et al., 2007); la competencia social (Barber et al., 2005); las seis dimensiones del BP (Hupper et al., 2009); el bienestar -esperanza, dominio personal y la SV- (Shek, 2005; 2007); el bienestar mental (Hair et al, 2008); la autoestima y la auto-eficacia (Shucksmith et al., 1995); la autoestima social y escolar, el locus de control y la orientación al logro (Andrade, 1988); y la autonomía (Wang et al., 2007).

Con respecto a los resultados de la correlación entre las dimensiones de BP y las prácticas parentales maternas y paternas por sexo del hijo, los índices de correlación variaron ligeramente dependiendo de la dimensión, del sexo del hijo y de los padres, también los coeficientes de correlación de las prácticas maternas fueron ligeramente más altos y la fuerza de la relación mayor que en las prácticas paternas.

El análisis de regresión por sexo permitió identificar que en los hombres las prácticas positivas de ambos padres (comunicación, control conductual y autonomía) fueron predictoras de BP; y las prácticas de control psicológico materno influyeron en bajos niveles de BP.

Una situación diferente se encontró en el caso de las mujeres, específicamente en las prácticas de la madre se observó que sólo dos de las tres prácticas maternas positivas (autonomía y control conductual) fueron predictoras de BP, este resultado coincide parcialmente con lo reportado en la literatura, ya que la comunicación materna, que en este estudio no resultó predictora ha sido identificada como una de las prácticas que predicen comportamiento positivo de las adolescentes (Barber et al., 2005; Borawski et al., 2003; Hair et al., 2008; Kurdek & Fine, 1994; Levin, Dallago & Currie, 2012; Shucksmith et al., 1995); por otra parte y con respecto a las prácticas de control psicológico materno, se encontró que éstas influyeron en bajos niveles de BP. Por su parte las prácticas paternas de comunicación, el control conductual y autonomía influyeron en las adolescentes de manera significativa y positiva en el BP, pero el porcentaje de varianza explicada fue mucho más bajo que en el caso de la madre.

Aunque estos resultados coinciden con lo reportado en algunos estudios previos, en donde han encontrado que las prácticas paternas y maternas influyen de manera diferente en hombres y mujeres (Andrade et al., 2012; Bosco, Renk, Dinger, Epstein & Phares, 2003; Borawski et al., 2003; Chen & Liu, 2012; Claes et al., 2011; González-Forteza & Andrade, 1995; Hair et al., 2008; Kurder & Fine, 1994; Lamborn, et al, 1991; Liem, et al., 2010; McKinney & Renk, 2008; Shek,

2005; 2007; Shucksmith et al, 1995; Wang et al., 2007); no parece haber acuerdo a nivel internacional acerca de las diferencias por sexo en las relaciones padre-hijo, ya que algunos autores no reportan diferencias (Barber et al., 2005; Claes et al., 2011; Fletcher et al., 1999; Leary et al., 2008; Muris, 2003; Weiss & Schwartz, 1996), pero otros como Chen y Liu (2012) encontraron que el apoyo y el castigo parental variaron en función del sexo del hijo, lo que atribuyeron a las pautas culturales en China (en donde el castigo tiene un papel formativo para los jóvenes) y a su impacto en las prácticas de socialización de los padres; otro estudio más cercano a nuestra cultura, en el que los hijos independientemente del sexo reportaron diferencias en sus relaciones con el padre y la madre fue el de Crockett, Brown, Russell y Shen (2007) con adolescentes mexicano-americanos, en donde los jóvenes mencionaron diferencias en su relación con ambos padres, la relación con las madres fue descrita como más cercana, abierta, afectiva, tolerante y con mayor contención emocional que con su padre, cuya relación se caracterizó por expresar cariño de manera indirecta proporcionando apoyo financiero y por el sólo hecho de estar ahí.

Es indudable la influencia de la cultura en las prácticas de socialización de los padres, desde esta perspectiva se puede explicar la manera en que varía el comportamiento de los padres con sus hijos dependiendo del sexo, ya que este trato diferencial se manifiesta en el tipo de reglas, de exigencias y de expectativas que tienen con sus hijos e hijas; es un hecho que en algunas áreas los varones tienen más demandas y las mujeres más restricciones; estas prácticas aunadas a otros factores (personalidad, medio ambiente, entre otras) determinan el vínculo emocional que se establece en cada diada (Rocha, 2008).

Los resultados de esta investigación sugieren que las relaciones madre-hija, madre-hijo, padre-hijo, padre-hija tienen características diferentes, pero estos hallazgos deben ser investigados en estudios posteriores con mayor profundidad, ya que como señalan Russell y Saebel (1997), las diferencias encontradas pueden deberse a limitaciones en el poder estadístico, ya que entre mayor sea la muestra, la evidencia de interacción entre el sexo del padre y del hijo se

incrementará. Otro aspecto a considerar es la influencia de la cultura, al respecto los estudios de Díaz-Guerrero (1994) acerca de las premisas (PHSC) del papel de la mujer y de la familia en la sociedad mexicana, particularmente la relación entre las hijas y los padres, deberán retomarse y actualizarse, para analizar su vigencia y los efectos del transcurso del tiempo, de la educación, de los medios de comunicación y de la sociedad de la información.

Los hallazgos de esta investigación mostraron que las prácticas positivas de ambos padres son predictoras del BP de los adolescentes; sin embargo el bajo porcentaje de varianza explicada sugiere que hay otros factores del contexto familiar y social de los jóvenes que no han sido estudiados y que están contribuyendo a su bienestar, un ejemplo en la propia familia son los diversos aspectos que intervienen en la calidad de la relación padres-hijos (admiración hacia los padres, intimidad, empatía, armonía, respeto y lealtad), con respecto al contexto habría que considerar la influencia de los pares, de la escuela, de las actividades recreativas, deportivas y de ocio, así como de otros adultos significativos como los abuelos y los maestros, entre otros.

Otro de los objetivos de este trabajo fue determinar si existían diferencias en el BP de los adolescentes que reportaron que no presentaban conductas de riesgo y los que sí lo hicieron. Previo a la discusión de los resultados obtenidos en este sentido se comentarán algunos de los hallazgos relacionados con las tendencias de las conductas de riesgo reportadas por los participantes de este estudio. Al respecto se encontró que el porcentaje de jóvenes que informaron que habían tenido relaciones sexuales fue menor al reportado por el ENSANUT (2006) para este rango de edad; el porcentaje de hombres y mujeres que se protegieron fue mayor al reportado por la encuesta y fueron menos los jóvenes que reportaron que no usaron protección. Este incremento en el uso de métodos de protección sugiere que la población estudiada está más informada y es más responsable con respecto a su sexualidad; sin embargo todavía un porcentaje relativamente alto de jóvenes (20% hombres y 14% de mujeres) no se protegieron.

Respecto al consumo de tabaco, el porcentaje de jóvenes que participaron en esta investigación y que señalaron que alguna vez en su vida habían fumado tabaco fue más alto (47.1% en hombres y 50.1% en mujeres) que los resultados reportados por Villatoro et al. (2012) durante el periodo 1997-2006 con estudiantes de bachillerato (27.5% en hombres y 23.8% en mujeres).

Un resultado semejante se obtuvo en consumo de alcohol (una copa completa de alguna bebida alcohólica), los porcentajes también fueron más altos (73.1% en varones y 70.6% en mujeres) que los reportados por la ENA en 2011 (17.4% varones y 11.6% en mujeres).

Una situación semejante se repitió en consumo de drogas ilegales, ya que los porcentajes de hombres (16.2%) y mujeres (13.3%) que reportaron que habían consumido alguna droga son más altos que los reportados por el ENSANUT (2006) para este rango de edad. De particular importancia es el aumento de estos consumos en las mujeres, quienes son más susceptibles a los efectos de estas sustancias.

Con relación al intento de suicidio se confirmaron las tendencias al alza en la prevalencia de este comportamiento, el porcentaje de mujeres con reporte de intento suicida fue más alto que los que se describieron en estudios previos (Borges et al., 2010; González-Forteza et al., 2002), pero menores que los detectados por Villatoro et al. (2012) en el periodo 1997-2006, en donde la tendencia de suicidio para el 2006 fue de 7.3%, en el caso de los varones y de 19.3% en las mujeres, en comparación con el 3% de varones y el 11.4% de las mujeres participantes en este estudio.

Estas tendencias al alza en el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y en intento de suicidio por los estudiantes del nivel medio superior deberán conducir a la creación de programas preventivos y remediales por parte de las instituciones educativas, en donde se evalúe el impacto que tienen en la población estudiantil.

Como se mencionó anteriormente, otro de los objetivos de esta investigación fue examinar si existían diferencias en el BP de los adolescentes que reportaron conductas de riesgo y los que no lo hicieron, en términos generales se puede afirmar que esta hipótesis se confirmó parcialmente, ya que al comparar las cinco conductas de riesgo medidas con cada una de las dimensiones de BP y con el BP total, se encontró que los jóvenes que no reportaron conductas de riesgo tuvieron puntajes ligeramente mayores en la mayoría de las dimensiones de BP y en BP total, aún y cuando estas diferencias no siempre fueran significativas. La significancia en las diferencias en el bienestar de los jóvenes varió dependiendo de la conducta de riesgo y del sexo de los jóvenes.

El análisis de las diferencias en cada una de las dimensiones de la Escala de BP permitió identificar aquellas dimensiones que parecen tener un papel importante en la decisión de los jóvenes para experimentar conductas de riesgo. En lo que se refiere a los jóvenes que no habían iniciado su vida sexual, en las mujeres se identificaron diferencias significativas en control personal y en los varones en planes a futuro; ambos constructos pueden relacionarse con la toma de decisiones y con algunos estudios que han investigado el papel del control personal en la adolescencia, en donde se ha encontrado que el control personal resultó ser un factor de protección, asociado con bajos niveles de malestar psicológico en adolescentes (Rosenthal & Wilson, 2008) y con los de Lewis et al. (1999) que reportaron que las adolescentes que estaban embarazadas obtuvieron bajos niveles de control personal. Los puntajes altos en la dimensión de planes a futuro en las jóvenes que no han iniciado su vida sexual corroboran lo planteado por Emmons (2005), en el sentido de que los planes son metas personales que le dan orden y estructura a la vida, de esta manera, estos resultados parecen lógicos pues sugieren que las jóvenes que posponen su debut sexual están pensando en su futuro.

Los hombres y mujeres que reportaron que no habían iniciado su vida sexual, obtuvieron medias más altas en las escalas de BP y de SV, pero las diferencias

sólo fueron significativas en el BP de los varones; lo que coincide con los resultados reportados por Valois, Zullig, Huebner y Drane (2002), quienes encontraron una relación negativa entre SV y algunas conductas sexuales de riesgo entre adolescentes.

Con respecto a las diferencias significativas entre las dimensiones de la escala de BP y de SV, entre los adolescentes que no han fumado, se observó que las mujeres que reportaron no fumar tuvieron mejores puntajes en algunas dimensiones de BP (propósito de vida, auto-aceptación, planes a futuro y control personal) y en la de SV, además de puntajes bajos en rechazo personal. En el caso de los hombres las dimensiones de BP en el que se identificaron diferencias significativas fueron: crecimiento personal, auto-aceptación, planes a futuro y SV; así como un puntaje bajo en rechazo personal. Estos resultados indican que puntajes altos en: auto-aceptación, planes a futuro y SV, así como bajos niveles de rechazo personal parecen ser protectores tanto para hombres como mujeres; pero además en las mujeres las dimensiones de propósito de vida y de control personal parecen tener un papel relevante en aquellas jóvenes que nunca han fumado; en el caso de los varones se identificaron también diferencias significativas en el crecimiento personal de los adolescentes que no habían fumado. Estos hallazgos corroboran lo reportado por Piko, Luszczynska, Gibbon y Tekozel (2005), quienes realizaron un estudio transcultural acerca de la conducta de fumar en adolescentes de Europa y América, encontrando una relación negativa entre la conducta de fumar y la SV, el logro académico y la orientación al logro.

En el caso de los jóvenes que no habían bebido una copa completa en su vida, en las mujeres se identificaron diferencias significativas únicamente en la dimensión de control personal y en la de SV; y en los hombres en planes a futuro y SV. El control personal vuelve a aparecer como un posible protector en las mujeres, ya que aquéllas que obtuvieron puntajes altos en esta dimensión reportaron que no habían consumido alcohol; en los varones la planeación hacia el

futuro parece ser un elemento importante en los jóvenes que no habían bebido alcohol; por otro lado también se identificaron diferencias significativas entre la SV y los hombres y las mujeres que reportaron que no habían ingerido ninguna copa completa, estos resultados coinciden con los hallazgos de Newcomb, Bentler y Collins (1986) quienes encontraron una relación negativa entre el uso de alcohol en jóvenes adultos y la satisfacción consigo mismo y con la vida.

Con referencia a los adolescentes que no habían consumido drogas ilegales, en las mujeres no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de BP, únicamente en SV, pero las medias de aquéllas que no habían consumido fueron ligeramente más altas que las que sí lo hicieron; en los hombres se encontraron diferencias significativas entre quienes reportaron que no habían consumido y quienes lo habían hecho, las medias de los que no habían consumido fueron más altas en todas las dimensiones, se identificaron diferencias significativas en cinco de las dimensiones de BP (crecimiento personal, propósito de vida, auto-aceptación, planes a futuro y rechazo personal) y en SV; estos hallazgos se relacionan con el estudio de Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane (2001), quienes exploraron la relación entre la percepción de SV y el uso de sustancias legales e ilegales, el uso de sustancias estuvo asociado significativamente con un nivel bajo de SV, además encontraron que la SV de los adolescentes de 13 años o menos que fumaron tabaco, bebieron alcohol, probaron marihuana o inhalaron cocaína se asoció significativamente con un nivel de SV bajo.

Con relación al intento de suicidio, en los varones se encontraron diferencias significativas únicamente entre SV; en las mujeres se encontraron diferencias significativas entre aquéllas que no intentaron suicidarse y las que sí lo hicieron en: planes a futuro, auto-aceptación, control personal y en SV; así como en puntajes altos de rechazo personal. Bajos puntajes en auto-aceptación y altos niveles de rechazo personal parecen estar relacionados con las jóvenes que han presentado intentos de suicidio. Estos resultados confirman que en nuestro país

existe una mayor tendencia del intento de suicidio en mujeres (González-Forteza et al., 2002; Villatoro et al., 2012), pero también sugieren que algunas de las dimensiones de BP y la de SV podrían tener un papel protector en la prevención de estos intentos; un antecedente al respecto es el estudio de Valois, Zullig, Huebner y Drane (2004) en donde investigaron la relación entre la SV percibida, la ideación y la conducta suicida en adolescentes de preparatoria, sus resultados indicaron que las respuestas de los jóvenes que reportaron: una salud mental y física pobre e ideas e intentos suicidas se asociaron de manera significativa con un nivel bajo de SV, para estos investigadores las mediciones de SV deberían considerarse en la valoración diagnóstica de la salud mental de los jóvenes, particularmente en el campo de estudio de la ideación y la conducta suicida, así como en los programas de prevención.

Por último, es necesario hacer énfasis en que la única dimensión en la que no se observaron diferencias significativas en los jóvenes que no presentaron las conductas de riesgo evaluadas y las dimensiones de BP fue relaciones positivas con otros, estos resultados llaman la atención porque diversos autores ha señalado la relevancia de los pares en la adolescencia (Collins & Steinberg, 2006; Rubin, Burowski & Parker, 2006). Una probable explicación acerca de estos resultados puede ser el planteamiento de Merrel (2008), quien considera que el constructo es muy complejo para evaluarlo, desde su punto de vista, las relaciones positivas con otros forman parte de un constructo más amplio y multidimensional denominado competencia social, el cual comprende una diversidad de características conductuales y cognitivas, así como un buen ajuste emocional, necesarios para desarrollar relaciones sociales adecuadas. Otra vertiente a considerar son los hallazgos de Swartz et al. (2013), quienes estudiaron la relación entre la calidad de las relaciones padres-adolescentes (admiración) y la aceptación de los pares con su SV en diversas culturas; sus resultados indicaron que entre mayor era la admiración de los hijos hacia sus padres y la importancia de los valores de la familia, mayor la SV de los adolescentes, además identificaron

también un efecto positivo débil, entre la aceptación de los compañeros y la SV, independientemente de la cultura.

Las diferencias entre el BP total y la SV en quienes reportaron y no reportaron conductas de riesgo permiten un análisis más global de los resultados, ya que las diferencias varían dependiendo del instrumento de bienestar (BP/SV), del tipo de riesgo y del sexo de los participantes. Como se mencionó anteriormente el BP es multidimensional y valora el bienestar desde una perspectiva eudemonista, ya que está centrado en la autorrealización de la persona; por su parte, la SV comprende un juicio global acerca de la propia vida, es el componente cognoscitivo de un constructo más amplio denominado Bienestar Subjetivo, que estudia el bienestar desde una perspectiva hedonista centrada en el placer.

Estas discrepancias en los resultados, dependiendo del instrumento de bienestar empleado eran de esperarse, pues como se mencionó anteriormente, los constructos están relacionados pero miden aspectos diferentes del bienestar. Con la escala de SV se encontraron diferencias significativas en cuatro de las conductas de riesgo evaluadas en hombres y mujeres, la única excepción fue la conducta de inicio de actividad sexual, en donde no se identificaron diferencias significativas. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en otras investigaciones (Huebner, Drane & Valois, 2000; Nickerson & Nagle, 2004), en donde ha encontrado que los reportes de SV de los adolescentes son relativamente altos y no están relacionados ni con la edad ni con el sexo de los adolescentes.

Con la escala de BP se encontraron diferencias significativas en cuatro conductas de riesgo; en consumo de tabaco e intento de suicidio las diferencias se encontraron en hombres y mujeres, pero en iniciación sexual y consumo de drogas las diferencias sólo fueron significativas en los hombres; en consumo de alcohol no hubo diferencias significativas ni en los hombres ni en las mujeres. Estos resultados pueden estar sugiriendo que hay algunos aspectos más específicos del BP que la valoración global de SV no comprende, en este sentido sería conveniente identificar en futuros trabajos si alguna de las siete dimensiones

que conforman el BP tiene un papel central en la toma de decisiones de los jóvenes para no involucrarse en conductas de riesgo.

Estos hallazgos son innovadores y constituyen una aportación al estudio de los jóvenes que no presentan conductas de riesgo, desde un enfoque de funcionamiento positivo, centrado en el BP de los adolescentes mexicanos desde dos perspectivas: la eudemonista y hedonista. Desde el punto de vista de la perspectiva eudemonista (Ryff, 1989ab; Keyes, et al., 2002) las dimensiones del modelo multidimensional de BP son centrales para el funcionamiento positivo de las personas y constituyen la base de la auto-realización y la auto-determinación; y desde la perspectiva hedonista la satisfacción de vida es un juicio global de la satisfacción con la propia vida (Diener et al, 1984, 2003). Para Keyes y Annas (2009) ambos tipos de bienestar son subjetivos, ya que representan juicios individuales de las personas acerca de su calidad de vida; para estas investigadoras hay una diferencia clara entre estos dos constructos, el bienestar hedonista está centrado en la valoración que hace la persona respecto a sentirse bien, y el bienestar eudemonista hace referencia a un juicio del individuo acerca de si está funcionando bien; de esta manera estas investigadoras hacen énfasis en que sentirse bien y funcionar bien, son dos conceptos distintos desde el punto de vista de la filosofía y de la ciencia actual, por lo tanto es necesario estudiarlos.

Por otro lado, los incrementos en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes del nivel medio superior señalan la necesidad de trabajar en programas efectivos para prevenir las adicciones pero también indican fallas en el impacto que tiene en los jóvenes los programas y las acciones de prevención que las instituciones de enseñanza de este nivel educativo ofrecen a sus estudiantes. En este sentido y de confirmarse los resultados acerca de las dimensiones que influyen en la decisión de los adolescentes para no experimentar con conductas de riesgo, se abriría una nueva posibilidad de trabajo preventivo centrado en el funcionamiento positivo, en donde constructos relacionados con el BP y la SV como: crecimiento personal, propósito de vida, auto-aceptación, planes a futuro y

control personal (rechazo personal) serían algunos de los elementos centrales para trabajar con los jóvenes y con los padres de familia. La Terapia de BP (TBP) está basada en el modelo multidimensional de BP de Ryff y es un ejemplo de las aplicaciones prácticas de este modelo, ha sido empleada a nivel preventivo con adolescentes en escuelas de nivel medio superior y como parte de un tratamiento terapéutico con población clínica para atender desórdenes de ansiedad generalizada (Fava et al., 1998, 1999, 2005, 2009; Ruini et al., 2009) encontrando resultados alentadores.

Consideraciones para futuras investigaciones.

Son varios los aspectos que deberán considerarse en futuros trabajos si se emplea la Escala de BP generada en esta investigación y los datos obtenidos a lo largo de ésta, una de ellas es la necesidad de identificar la influencia que el entorno sociocultural tiene en las relaciones padres-hijos y en el BP de los adolescentes.

Otros aspectos a considerar y mejorar son las características de la muestra, este trabajo se centró en estudiantes de Educación Media Superior de la zona metropolitana de la Ciudad de México; para conocer más acerca de la pertinencia de las dimensiones del BP sería conveniente trabajar tanto con adolescentes activos económicamente, con y sin actividad laboral y escolar, y de ser posible tratar que las muestras representen la diversidad de nuestras zonas geográficas y de los estratos sociales, económicos y culturales que caracterizan la población de nuestro país.

Si bien la escala de BP para adolescentes resultó ser un instrumento válido y confiable, es necesario seguir investigando acerca de las características y los determinantes individuales y contextuales de los adolescentes que funcionan positivamente y que presentan niveles altos de BP. Por lo tanto es importante que en futuras investigaciones se corrobore si como parte de la multidimensionalidad del constructo de BP en adolescentes mexicanos, se mantienen las siete

dimensiones identificadas, además de asegurar que la confiabilidad y la validez de la escala se mantienen con poblaciones diferentes.

Otro elemento que deberá someterse a estudio es el papel de la autonomía en el BP de los adolescentes, ya que desde el punto de vista teórico, este constructo está considerado como fundamental en la adolescencia, sin embargo en este trabajo se eliminó por no cubrir los criterios de validación estipulados para la escala.

Al interpretar estos resultados deberá tenerse en cuenta que no se encontraron investigaciones que relacionaran las prácticas parentales de los adolescentes con las siete dimensiones de BP, ni con el BP desde una perspectiva multidimensional, por lo tanto los resultados deberán corroborarse o rectificarse en investigaciones posteriores.

Sería conveniente que en futuras investigaciones se incorporaran también otro tipo de mediciones que permitan corroborar el reporte de la percepción de los adolescentes como entrevistas y/o reportes de padres y compañeros o registros observacionales en ambientes naturales.

Esta investigación es pionera porque no hay estudios previos en nuestro país que hayan examinado los aspectos reportados en este manuscrito, en este sentido, se esperaría que este trabajo estimulara a otros a continuar investigando acerca del funcionamiento positivo de los adolescentes en nuestro país, de manera tal que estos hallazgos se confirmen, se refuten y/o se amplíen.

REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (2004). *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Abbott, R., Croudace, T., Ploubidis., R., Kuh, D., Richards, M., & Hupper, F. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: Evidence from a UK birth cohort study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 43, 679-687. doi: 10.1007/s007-008-0355-8
- Abbott, R., Ploubidis, R., Hupper, F., Kuh, D., Wadsworth, M., & Croudace, T. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4: 76. doi: 10.1186/1477-5225-4-76
- Abbott, R., Ploubidis, R., Hupper, F., Kuh, D., Wadsworth, M., & Croudace, T. (2010). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's psychological well-being scales in a population sample. *Social Indicators Research*, 97, 357-373. doi: 10.1007/s11205-009-9506-x
- Aguilar, J., Sarmiento, C., Valencia, A. y Romero, P. (2007a) Relaciones de bienestar y la salud percibida con los estilos parentales, la armonía interpersonal y la autoestima. En J. Aguilar, A. Valencia y C. Sarmiento. *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de Escuelas Públicas*. México: Facultad de Psicología, UNAM
- Aguilar, J., Sarmiento, C., Valencia, A. y Romero, P. (2007b) La autoestima y sus relaciones con los estilos de crianza, las percepciones parentales y la motivación escolar. En J. Aguilar, A. Valencia y C. Sarmiento. *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de Escuelas Públicas*. México: Facultad de Psicología, UNAM
- Aguilar, J., Valencia, A., Jiménez, M., Romero, P. y Lemus, L. (2007). Impacto de los estilos parentales sobre el ajuste personal, escolar y social entre estudiantes universitarios. En J. Aguilar, A. Valencia y C. Sarmiento. *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia*.

Investigaciones entre estudiantes de Escuelas Públicas. México: Facultad de Psicología, UNAM

- Aguilar, J., Valencia, A. y Lemus, L. (2007). La motivación escolar y sus relaciones con los estilos de crianza, el involucramiento parental y los conflictos entre padres e hijos. En J. Aguilar, A. Valencia y C. Sarmiento. *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de Escuelas Públicas.* México: Facultad de Psicología, UNAM
- Aguilar, J., Valencia, A. y Romero, P. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 2, 119-129.
- Aguilar, J., Valencia, A. y Romero, P. (2007). *Impacto de los estilos parentales sobre el ajuste personal, escolar y social de estudiantes de bachillerato.* En J. Aguilar, A. Valencia y C. Sarmiento. *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de Escuelas Públicas.* México: Facultad de Psicología, UNAM
- Ainsworth, M. S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, New Jersey: L. Erlbaum.
- Akin, A. (2008). The scales of psychological well-being: A study of validity and reliability. *Educational Science: Theory and Practice*, 8, 3, 741-750.
- Andrade, P.P. (1998). *El ambiente familiar del adolescente* (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Andrade, P. P. (2000). El ambiente familiar de adolescentes usuarios de alcohol y tabaco. *La Psicología Social en México*, 8, 590-595.
- Andrade, P. P. y Betancourt, O. D. (2008a). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En P. Andrade, J. L. Cañas y D. Betancourt (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 181-227). México: UNAM/UNICACH.
- Andrade, P. P. y Betancourt, O. D. (2008b). Prácticas parentales: una medición integral. *La Psicología Social en México*, 7, 561-565.
- Andrade, P. P. y Betancourt, O. D. (2010). Escala Prácticas parentales para adolescentes: PP-A. En A. Vallejo, B. Segura, R. Osorno (Comps.)

Prácticas Parentales, CESD-R y Conductas de Riesgo: Manual de Aplicación (pp. 7-18). México: Universidad Lis de Veracruz, Universidad de Sonora, UNAM, SEP, PROMEP.

Andrade, P. P. y Betancourt, O. D. (2010). Cuestionario de Conductas de Riesgo para adolescentes: PP-A. En A. Vallejo, B. Segura, R. Osorno (Comps.) *Prácticas Parentales, CESD-R y Conductas de Riesgo: Manual de Aplicación* (pp. 29-38). México: Universidad Lis de Veracruz, Universidad de Sonora, UNAM, SEP, PROMEP.

Andrade, P. P., Betancourt, O. D. y Camacho, M. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad, XIX, 1*, 55-64.

Andrade, P. P., Betancourt, O. D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 15*, 91-101.

Andrade, P. P., Betancourt, O. D., Vallejo, C. A., Segura, C. B. y Rojas, R. R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental 35, 1*, 29-36.

Andrade, P. P. y Diaz-Loving, R. (1998). Ambiente familiar y características de personalidad de los adolescentes. *Revista de Psicología Social y Personalidad, 13*, 199-219.

Anguas, A. M. (1997). *El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Anguas, A. M. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura mexicana* (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Anguas, A. M. (2005). Bienestar subjetivo en México: un enfoque etnopsicológico. En L. Garduño, B. Salinas & M. Rojas (Coords.) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.

Anguas, A. M. y Reyes-Lagunes, I. (1998). El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México. *La Psicología Social en México. VII*, 7-11. México: AMEPSO.

- Arita, W. B. (2005). Percepción de la calidad de vida en la zona urbana de Culiacán: integración de enfoques alternativos. En L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (Coords.) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- APA *Psychological Dictionary* (2002). American Psychological Association. Washington, D.C.
- Arthaud-Day, M., Rode, J., Mooney, H., & Near, J. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445-476. doi: 10.1007/s11205-004-8209-6
- Aufseeser, D., Jekielek, S., & Brown, (2006). *The family environmental and adolescent well-being: Exposure to positive and negative family influences*. Washington, D. C.: Child Trends; and San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center, University of California, San Francisco.
- Balcázar, N., Loera, M., Gurrola, P, Bonilla, M. y Trejo, G. L. (2009). Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 7, 69-86. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Barber, B. K., Stolz, H., & Olsen, J. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial No. 282, 70, 4.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 4, 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practice anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 1, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. En P. Cowan & M, Hetherington. *Family Transitions*. USA: Lawrence Earlbaum Associates Publishers.

- Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 2, 81-95.
- Belsky, J. (1979) Mother-father infant interaction: A naturalistic observational study. *Developmental Psychology*, 15, 601-607.
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Betancourt, D., Andrade, P. y Orozco, L. (2008). Control parental y depresión en adolescentes. En P. Andrade, J. Cañas y D. Betancourt. (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 71-87). México: UNAM/UNICACH.
- Biswas-Diener, R., Kashdan, T., & King, L. (2009) Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 3, 208-211.
- Bizumic, B., Reynolds, K., Bromhead, D., & Subasic, E. (2009). The role of the group in individual functioning: School identification and the psychological well-being of staff and students. *Applied Psychology: An International Review*, 58(1) 171-192. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00387.x
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México* 52(4), 292-304.
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., & Trapl, E. S. & Trapl, E. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of adolescence Health*, 33, 2, 60-70.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bosco, G. L., Renk, K., Dinger, T. M., Epstein, M. K., & Phares, V. (2003). The connections between adolescents' perceptions of parents, parental psychological symptoms, and adolescent functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 179-200.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. ONLINE ED: Published May 2001 by the NORC Library. Recuperado de <http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/spwb/index.htm>

- Brock, D. (2002). Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En M. Nussbaum & A. Sen (2002). (Coords.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bronk, K. C., Finch, W.H., & Talib, L.T. (2005). Purpose of life among high ability adolescents. *High Ability Studies*, 21, 2, 133-145.
- Bronk, K. C., Finch, W. H., & Talib, T. (2010). The prevalence of a purpose in life among high ability adolescents. *High Ability Studies*, 21, 2, 133-145.
- Brown, B. (2008). *Key indicators of child and youth well-being: Completing the picture*. New York, N.Y.: Taylor & Francis Group, LLC.
- Bruni, L., & Porta, P.L. (2007). *Handbook on the economics of happiness*. UK: Edward Elgard Publishing, Inc. MPG Books Ltd. Bodwin, Cornwall.
- Burns, R., & Machin, A. (2009). Investigating the structural validity of Ryff's psychological well-being scales across two samples. *Social Indicators Research*. 93, 2, 359-366.
- Byron, K., & Miller-Perrin, C. (2009). The value of life purpose: Purpose as a mediatory of faith and well-being. *Journal of Positive Psychology*, 4, 1, 64-70.
- Castro Solano, A. (2002). Investigaciones argentinas sobre el bienestar psicológico. En M. Casullo, M. E. Brenlla, A. Castro, M. Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya y R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 31-54). Buenos Aires: Paidós.
- Castro Solano, A., Brenlla, M. E. y Casullo, M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en adultos. En M. Casullo, M. E. Brenlla, A. Castro S., M. Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya y R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 93-100). Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. En M. Casullo, M.E. Brenlla, A. Castro S., A., Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya y R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp.11-29). Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. y Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 18, 1, 36-68.

- Casullo, M., Brenlla, M. E., Castro, S. A., Cruz, M., González, R., Maganto, C., Martín, M., Montoya, I. y Morote, R. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Chamberlain, J., & Haaga, D. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 3, 163-176.
- Chang, E. (2006). Perfectionism and dimensions of psychological well-being in college students simple: A test of a stress-mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 9, 1001-1022.
- Chen, J.J.-L. & Liu, X. (2012). The mediating role of perceived parental warmth and parental punishment in the psychological well-being of children in rural China. *Social Indicators Research*, 107, 483-508. doi: 10.1007/s11205-011-9859-9
- Cheng, S., & Chan, A. (2005). Measuring psychological well-being in Chinese. *Personality and Individual Differences*, 38, 1307-1316.
- Choi, S. (2009) *The effects of fatherhood experiences on men's psychological well-being*. Ph.D. dissertation, University of Wisconsin-Madison, United States-Wisconsin. Recuperado de Dissertations & Theses: Full Text. (Publication No. AAT 3400023).
- Claes, M., Perchec, C., Miranda, D., Benoit, A., Bariaud, F., Lanz, M., Marta, E., & Lacourse, E. (2011). Adolescents' perceptions of parental practices: A cross-national comparison of Canada, France, and Italy. *Journal of Adolescence* 34, 225-238. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.05.009
- Clarke, P., Marshall, V., Ryff, C., & Wheaton, W. (2001). Measuring psychological well-being in the Canadian study of health and aging. *International Psychogeriatrics*, 13, 1, 79-90.
- Clarke-Stewart, K.A. (1978). And daddy makes three: The father's impact on mother and young child. *Child Development*, 49, 466-478.
- Collins, W.A., & Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. En N. Eisenberg, W. Damon, & R.M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology*, vol. 3 (pp.1003-1067). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Collins, W.A., Maccoby, E., Steinberg, L., Hetherington, E.M., & Bornstein, M. (2000). Contemporary research on parenting. The case for nature and

nurture. *American Psychologist*, 55, 2, 218-232. doi: 10.1037//0003-066X.552.218

Contini, N. (2006). (Comp.) *Pensar la adolescencia hoy: De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

Cripps, K., & Zyromski, B. (2009). Adolescents' psychological well-being and perceived parental involvement: Implications for parental involvement in middle schools. *Research in Middle Level Education Online*, 33, 4, 1-13.

Crockett, L. J., Brown, J., Russell, S. T., & Shen, Y. (2007). The meaning of good parent-child relationships for Mexican American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 639-668.

Cruz, M.S., Maganto, C. Montoya, I. y González R. (2002). Escala de bienestar psicológico para adolescentes. En M. Casullo, M.E. Brenlla, A. Castro S., M. Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya y R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. (pp.65-77). Buenos Aires: Paidós.

Cubillas, M., Román, R., Abril, E. y Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental* 35, 45-50.

Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. *ERIC DIGEST, March. EDO-PS-99-3*. University of Illinois.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000) The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 4, 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49, 3, 182-185.

Díaz-Guerrero, R. (1986). *La psicología del mexicano*. (4ª. ed.) México: Trillas.

Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. (6ª. ed) México: Trillas.

- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2*. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. y Szalay, L. (1993). *El mundo Subjetivo de los mexicanos y norteamericanos*. México: Trillas.
- Díaz, D., Rodríguez-Carbajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo I., Valle, C., y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). The Science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 1, 34-43
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R.E., & Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 4, 305-314.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of Life. *The Annual Review of Psychology*, 54: 403-425. doi:10.1146/annurev.Psych.54.101601.145056
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-Being. To be published in the *Indian Journal of Clinical Psychology*, March, 1997. Recuperado de <http://www.psych.uiuc.~ediener/hottopic/paper1.html>
- Dorsch, F. (1985). *Diccionario de psicología*. México: Grupo Editorial Herder.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Emmons, R. A. (2005). Striving for the sacred: personal goals, life meaning and religion. *Journal of Social Issues*, 61, 4, 731-745.

- Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. (2012). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) <http://www.inprf.gob.mx>
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas. (2012). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) <http://www.inprf.gob.mx>
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de tabaco. (2012). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) <http://www.inprf.gob.mx>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006 (ENSANUT, 2006). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fava, G. (1999) Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy Psychosomatic*, 68, 171-179.
- Fava, G., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Well-being therapy. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26-30. Recuperado de ProQuest Medical Library. (Document ID: 1565621471). doi: 10.1159/000082023
- Fava, G., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x.
- Fletcher, A., Steinberg, L., & Sellers, E. (1999). Adolescents' well-being as a function of perceived interparental consistency. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 599-610.
- Frey, B., & Stutzer, A. (2002). *Happiness & Economics: How the economy and institutions affect human well-being*. U.K. Princeton University Press.
- García, T. (1999). *Bienestar subjetivo y locus de control en jóvenes mexicanos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garduño, L. y Garza de la, V. (2005). Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar calidad de vida en estudiantes universitarios. En L. Garduño,

- B. Salinas & M. Rojas (Coords.) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- Garduño, L., Salinas, B. y Rojas M. (2005). (Coords.) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- Gilbreath, B., & Benson, P. (2004). The contribution of supervisor behavior to employee psychological well-being. *Work & Stress*, 18, 3, 255-266.
- Gilman, R., & Huebner, E. (2000). Review of life satisfaction measures for adolescents. *Behavior Change*, 17, 3, 178-183.
- González-Forteza, C., y Andrade, P. P (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 4, 41-48.
- González-Forteza, C., Mariño, M.C, Rojas, E. Mondragón, L. y Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 4, 524-532.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora M.E., Fleiz C., Bermúdez P. y Amador, N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- González, Rey, L. (2006). La subjetividad como definición ontológica del campo psicológico. Repercusiones en la construcción de la psicología. En: C. Sánchez Quintanar (Coord.) *Psicología Alternativa en América Latina*. México: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C. AMAPSI.
- Hacker, K., Suglia, S., Fried, L., Rappaport, N., & Cabral, H. (2006). Developmental differences in risk factors for suicide attempts between ninth and eleventh graders. *Suicide and life-threatening behavior*, 36, 22.
- Hair, E., Moore, K., Garret, S., Ling, T., & Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal for research on adolescence*, 18, 1, 187-200.
- Harris, J., R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 3, 458-489.

- Harris, M. (2010). The relationship between psychological well-being and perceived wellness in graduate-level counseling students. Ph.D. dissertation, Walden University, United States--Minnesota. Recuperado de Dissertations & Theses: Full Text.(Publication No. AAT 3398983).
- Haslam, A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology: an International review*, 58, 1, 1-23. doi:10.1111/j1464-0597.2008.00379.x
- Headey, B. (2008). The set-point theory of well-being: Negative results and consequent revisions. *Social Indicators Research*, 85, 389-403.
- Heldrich, S., & Ryff, C. (1995). Health, social, and psychological well-being: Their cross-time relationships. *Journal of Adult Development*, 2(3), 173-186. doi: 10.1007/BF02265715.
- Huebner, S., Drane, W., & Valois, R. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21,3, 281-292.
- Hupper, F., Abbott, R., Ploubidis, R., Richards, M., & Kuh, D. (2009). Parental practices predict psychological well-being in midlife: Life-course associations among women in the 1946 British birth cohort. *Psychological Medicine*, 1-12. doi: 10.1017/S00332911709991978.
- Jessor, R. (1991) Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12, 597-605.
- Joronen, K., & Astedt-Rurki, P. (2005). Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 125-133.
- Kafka, G., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57, 171-190
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). (Eds.) *The foundations of hedonic psychology*. USA: Russell Sage Foundation.
- Kaplan, G., Shema, S., & Leite, C. M. (2008) Socioeconomic determinants of psychological well-being: The rol of income, income change, and income sources during the course of 29 years. *Annals of Epidemiology*, 18, 7, 531-537. Recuperado de

http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/61251/1/Kaplan_2008_Annals-of-Epidemiology.pdf. doi: 10.1016/j.annepidem.

- Kashdan, T., Biswas-Diener, & King, L. (2008) Reconsidering happiness: The cost of distinguishing between hedonic and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 4, 219-233.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research world-wide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C. L. M (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology* 4, 3, 197-201. doi: 10.1080/17439760902844228
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kim, D. S. (2009). Body image dissatisfaction as an important contributor to suicidal ideation in Korean adolescents: Gender difference and mediation of parent and peer relationships. *Journal of Psychosomatic Research* 66, 297-303. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.08.005
- Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. España: Ariel Psicología.
- Kincaid, C., Jones, D. J., Cuellar, J., & Gonzalez, M. (2011). Psychological control associated with youth adjustment and risky behavior in African American single mother families. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 102-110. doi:10.1007/s10826-010-9383-6
- Kozma, A., & Stones, S. (1980). The measurement of happiness: Development of the memorial university of Newfoundland scale of happiness (MUNSH). *Journal of Gerontology*, 35, 906-912.
- Kozma, A., & Stones, S. (1983). Predictors of happiness. *Journal of Gerontology*, 38, 626-628.

- Krueger, R., & Casey, M.A. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research*. USA: Sage Publications, Inc.
- Kurdek, L. A., & Fine, M. A. (1994). Family acceptance and family control as predictors of adjustment in young adolescents: Linear, curvilinear, or interactive effects? *Child Development*, *65*, 1137-1146.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London EC1SP: Sage Publications, Ltd.
- Laborin, J., & Vera, J.A. (2000). Bienestar subjetivo y su relación con locus de control y enfrentamiento. *La Psicología Social en México. VIII*, México, AMEPSO/Trillas, 192-199.
- Lamborn, S.D., Mounts, N.S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, *62*, 1049-1065.
- Leary, C., E., Kelly, M. L., Morrow, J., & c, P. J. (2008). Parental use of physical punishment as related to family environment, psychological well-being, and personality in under graduates. *Journal of Family Violence*, *23*, 1-7. doi: 10.1007/s10896-007-9124-9.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. M. (2009). *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, New Jersey: J. Wiley.
- Lewis, S., Ross, C., & Mirowsky, J. (1999). Establishing a sense of personal control in the transition to adulthood. *Social Forces*, *77*, 4, 1573-1599.
- Levin, K. A., Dallago, L., & Currie, C. (2012). The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Social Indicators Research* *106*, 287-305.
- Libby, D. (2009). *Vagally-mediated wellness: High-frequency heart period variability and psychological well-being*. Ph.D. dissertation, St. John's University (New York), United States -- New York. Retrieved May 5, 2010, from Dissertations & Theses: Full Text.(Publication No. AAT 3400880).
- Liem, J. H., Cohen, E. C., & Lusting, K. (2010). The influence of authoritative parenting during adolescence on depressive symptoms in young adulthood: Examining the mediating roles of self-development and peer support. *The Journal of Genetic Psychology*, *171*, 1, 73-92.

- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences, 40*, 1213-1222.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616-628.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 6, 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En: P.H. Mussen (Series Ed.) and E.M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development*. New York: Wiley.
- Mahabee-Gittens, M., Khoury, J., Huang, B., Dorn, L., Ammerman, R., & Gordon, J.S. (2011). The protective influence of family bonding on smoking initiation in adolescents by racial/ethnic and age subgroups. *Journal of Child Adolescence Substance Abuse, 20*, 3, 270-287. doi: 10.1080/106782X.2011.581969
- McKinney, C., & Renk, K. (2008). Multivariate models of parent-late adolescent gender dyads: The importance of parenting process in predicting adjustment. *Child Psychiatry and Human Development, 39*, 147-170.
- Maier, E.H., & Lachman, M. E. (2000). Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development, 24*, 2, 183-189.
- Marks, N., & Lambert, J. (1998). Marital status continuity and change among young and midlife adults: Longitudinal effects on psychological well-being. *Journal of Family Issues, 19*, 652-686.
- Martín, M. (2002). La investigación en Cuba desde la perspectiva de la psicología de la salud. En: M. Casullo, M.E. Brenlla, A. Castro S., M. Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya & R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. 79-99. Buenos Aires: Paidós
- Martínez, P. y Morote, R. (2002). El bienestar psicológico en adolescentes escolares de Lima Metropolitana. En: M. Casullo, M.E. Brenlla, A. Castro S., M. Cruz, R. González, C. Maganto, M. Martín, I. Montoya & R. Morote.

Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. 55-64. Buenos Aires: Paidós.

Merrel, K. W. (2008). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. New York: Taylor & Francis Group. Cap. 12, p. 379-410.

McKinney, C. & Renk, K. (2008). Multivariate models of parent-late adolescent gender dyads: The importance of parenting process in predicting adjustment. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 147-170.

McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 986-1003.

McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007) Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172.

Moenizadeh, M., & Kumar, K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*. 2, 1, 107-115.

Muris, P., Meesters, C., Schouten, E., & Hoge, E. (2003). Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behaviors and symptoms of anxiety and depression in non clinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33,1, 51-58.

Myers, D.G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.

Navarro, G. (2003). *El bienestar subjetivo en los adolescentes: la influencia de la familia* (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Newcomb, M. D., Bentler, P. M., & Collins, C. (1986). Alcohol use and dissatisfaction with self and life: A longitudinal analysis of young adults. *Journal of Drug Issue*, 63, 479-494.

Nickerson, A., & Nagle, R. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66, 35-60.

Nussbaum, M., y Sen, A. (1996). (Coords.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Ojeda, I. (2003). *Ambiente familiar y bienestar subjetivo en usuarios de drogas* (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Documento básico*. 43^a. Edición. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe sobre la salud en el Mundo 2001: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe Compendiado*. Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne. Recuperado de www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html.
- Outten, R., Schmitt, M., Garcia, D., & Branscombe, N. (2009). Coping options: Missing links between minority group identification and psychological well-being. *Applied Psychology: An International Review*, 58, 1, 146-170. doi: 10.1111/j. 1464-0597.2008.00386.x
- Page, K., & Vella-Brodrick, V. (2009). The “what”, “why” and “how” of employee well-being: A new model. *Social Indicators Research*, 90, 441-458.
- Palacios, D.J. (2005) *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palacios, D.J., y Andrade, P.P. (2006). Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 22, 49-64.
- Palacios, D.J., y Andrade, P.P. (2008). Covariación y desarrollo de múltiples conductas problema en adolescentes. En P. P. Andrade, M. Cañas y D. Betancourt (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes*. México: UNICACH.

- Palomar, J. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. (Tesis de maestría inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palomar, J. (1998) *Funcionamiento familiar y calidad de vida* (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Paradise, A., & Kernis, M. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 4, 345-36.
- Parke, R., & Buriel, R. (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. En: W. Damon & Eisenberg, N. *Handbook of Child Psychology. Vol. 3: Social, emotional and personality development*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993) Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5*, 164-172.
- Piko, B. F., Luszczynska, A., Gibbons, F. X., & Tekozel, M. (2005). A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *European Journal of Public Health, 15*, 393-398. doi:10.1093/eurpub/cki008
- Raffanelli, C., Minozzi, F., Milaneschi, Y., & Gostoli, S. (2009). Drug dependence and lack of psychological well-being: Observational study. *Rivista de Psichiatria, 44*, 6, 401-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/20218219>
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Reig, P.E. y Garduño, E. L. (2005). En L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (2005). (Coords.) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- Rice, P. F. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rivera, M.E. y Andrade, P. P. (1998). Las dimensiones de la familia en México. *La Psicología en México, VII*, 222-227.
- Robitschek, C. (1996). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Mesurement and Evaluation in Counseling and Development.30*, 183-198

- Rocha, T. (2008). La adolescencia periodo crítico en la construcción del género. En P. Andrade, J.L. Cañas y D. Betancourt, (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes*, (pp.15-44). México, UNAM/UNICACH.
- Rosenthal, B. S., & Wilson, W. C. (2008). Community violence and psychological distress: The protective effects of emotional social support and sense of personal control among older adolescents. *Adolescence*, 43,172, 693-712.
- Rothrauf, T., & Cooney, T. (2008) The role of generativity in psychological well-being: Does it differ for childless adults and parents? *Journal of Adult Development*, 15, 3-4, 148-159. doi:10.1007/s10804-008.9046-7
- Rubin, K., Burowski, W., & Parker, J. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. En N. Eisenberg, W. Damon, & R.M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C., & Fava, G. (2003) The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 228-275.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albiéri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E., & Fava, G. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 4, 522-532.
- Russell, A., & Saebel, J. (1997). Mother-son, mother-daughter, father-son, father-daughter: Are they distinct relationships? *Developmental Review*, 17, 111-147.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 1, 68-78 doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychological*, 52, 141-166.
- Ryan, R., & Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking (response to Kashdan et al. and Waterman discussion) *Journal of Positive Psychology*, 4, 3, 202-204.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*. 1989, 12, 1, 35-55.

- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 4, 99-104. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/20182342>
- Ryff, C., Dienberg, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E. Friedman, E., Davidson, J., & Singer, B. (2006) Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95 doi: 10.1159/000090892
- Ryff, C., & Heidrich, S. (1997). Experience and well-being: Explorations on domains of life and how the matter. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 2, 193-206.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996) Psychological well-being: Meaning, measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C., & Singer, B. (2006) Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi: 10.007/s10902-006-9019-0.
- Ryff, C., Singer, B., & Dienberg, G. (2004) Positive health: connecting well-being with biology. *Phil.Trans.R.Soc.Lond.*, 359, 1383-1394. Published on line 11 august, 2004 The Royal Society. Recuperado de: <http://rstb.royalsocietypublishing.org/>
- Samman, E. (2007). Psychological and subjective well-being: A proposal for internationally comparable indicators. *OPHI Working Paper Series*. Prepared for the workshop "Missing Dimensions of Poverty Data" 29-30 May 2007, Oxford UK. Oxford Poverty & Human Development Initiative.

Department of International Development, Queen Elizabeth House, University of Oxford. Recuperado de www.ophi.org.uk

- Schmute, P., & Ryff, C. (1994). Success, social comparison, and self assessment: Parents' midlife evaluations of sons, daughters and self. *Journal of Adult Development, 1, 2*, 109-126. doi: 10.1007/BF02259677.
- Schmute, P., & Ryff, C. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings, *Journal of Personality and Social Psychology, 73, 3*, 549-559.
- Schwarz, B., Mayer, B., Trommsdorff, G., Ben-Arieh, A., Friedlmeier, M., Lubiewska, K.,..., & Peltzer, K. (2012). Does the importance of parent and peer relationships for adolescents' life satisfaction vary across cultures? *Journal of Early Adolescence, 32, 1*, 55-80.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz. (Eds.) *The Foundations of Hedonic Psychology*. USA: Russell Sage Foundation.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX, 2*, 9-21,2003. Recuperado de www.scielo.cl/scielo.php?pid ISSN 0717-9553
- Self-Determination Theory. An approach to human motivation & personality: <http://www.psych.rochester.edu/SDT/theory.php> v
- Shek, D.T.L. (2005). Perceived parental control processes, parent-child relational qualities, and psychological well-being in Chinese adolescents with and without economic disadvantage. *The Journal of Genetic Psychology, 166, 2*, 171-188.
- Shek, D.T.L. (2007). A longitudinal study of perceived parental psychological control and psychological well-being in Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Clinical Psychology, 63, 1*, 1-22.
- Sher-Censor, E., & Parke, R. (2011). Parent's promotion of psychological autonomy, psychological control, and Mexican-American adolescents' adjustment. *Journal of Youth Adolescence, 40*, 620-632. Doi: 10.1007/s10964-010-9552-3

- Shin, J., & Cooney, T. (2006). Psychological well-being in mid to late life: The role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development, 30*, 5, 410-421. doi:10.1177/0165025406071489.
- Shucksmith, J., Hendy, L.B., & Glending, A. (1995). Models of parenting: implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *Journal of Adolescence, 18*, 253-270.
- Silverberg, S., & Steinberg, L. (1987). Adolescent autonomy, parent-adolescent conflict, and parental well-being. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 3, 293-312.
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research, 35*, 1079-1101.
- Springer, K. W., Hauser, R. M., & Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six factor model of well-being. *Social Science Research, 35*, 1120-1131.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., & Andrew, W. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press,
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2009). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 134*, 1, 138-161. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.138.
- Steinberg, L. (1991). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence, 11*, 1, 1-19.
- Steinberg, L. & Lamborn, S., Dornbusch, S., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development, 63*, 1266-1281.
- Steinberg, L., & Lerner, R.M. (2004). The scientific study of adolescence: A brief history. *Journal of Early Adolescence, 24*, 1, 45-54.
- Steinberg, L., & Sheffield, A. M. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52*, 83-110

- Steinberg, L., & Silk, J. (2002), Parenting adolescents. *Handbook of Parenting*. Vol. 1. Children and Parenting. Edited by Marc Bornstein. USA: Laurence Erlbaum Association, Inc.
- Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M., & Wardle, J. (2008) Positive affect, psychological well-being and good sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 409-415. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.11.008
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 2, 304-310 www.psicothema.com
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., & Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100, 1151-1164. doi: 10.2466/PRO.100.4.1151-1164
- Valois, R., Zullig, K., Huebner, S., & Drane, J. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 81-105.
- Valois, R., Zullig, K., Huebner, S., Kammermann, S., & Drane, J. (2002). Relationship between of life satisfaction and sexual risk-taking behaviors among public high school adolescents. *Journal of Child & Family Studies* 11, 4, 353-366.
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno Jiménez, B. (2008). Ryff's six factors model of psychological well-being, a spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473-479.
- Veenhoven, R. (1991). Is Happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Veenhoven, R. (1994). Is Happiness a Trait? Test of the theory that a better society does not make people any happier, *Social Indicators Research*, 32, 101-160.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life expectancy: A comprehensive measure of quality of life in nations. *Social Indicators Research*, 39, 1-58.

- Veenhoven, R. (1999). Quality of life in individualistic society. *Social Indicators Research*, 48, 57-186.
- Veenhoven, R. (2003). *World Database of Happiness*, Erasmus University Rotterdam. Recuperado de <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>.
- Veenhoven, R. (2005). Lo que sabemos de la felicidad. En: L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (2005) (Coords.) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (p. 17-55). México: Plaza y Valdés.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx* [online]. 44, 4 [citado 2009-11-16], p. 349-361. Recuperado el 16/11/2009 en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0036-3634.
- Vera, J.A., Hernández, A. y Garza, C. (2008). Bienestar subjetivo, orientación al logro y auto-concepto en una población tzotzil. *La Psicología Social en México. Vol. XI*, 553-558. México, Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. A., Gutiérrez, M. L., Quiroz, N., Amador, N., Moreno, M., y Fleiz, C. (2012). Drogas y salud mental en el bachillerato de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la ciudad de México. En L. M. Reidl (Coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (pp. 237-251). México: UNAM-Miguel Ángel Porrúa
- Vleioras, G., & Bosma, H. (2005). Are identity important for psychological well-being? *Journal of Adolescence*, 28, 397-409. doi:10.1016/j.adolescence.2004.09.001
- Walker, M. E. (2009) *Relationship of spirituality, subjective well-being and psychological well-being in a population of African American college students*. Ph. D. dissertation, Tennessee State University, United States. Retrieved October 1, 2009, from Dissertations & Theses: Full Text. (Publication No. AAT 3369443).
- Wang, Q., Pomerantz, E. M., & Chen, H. (2007). The role of parents' control in early adolescents' psychological functioning: a longitudinal investigation in the United States and China. *Child Development*, 78, 5, 1592-1610.

- Waterman, S. A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 4, 678-691.
- Waterman, S. A. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252.
- Watson, D., Clark, A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063-1070.
- Weiss, L., & Schwarz, C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic, achievement, adjustment and substance use. *Child Development*, 67, 2101-2114.
- Wild, L., Flisher, A., & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: Associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27, 611-624. doi:10.1016/j.adolescence.2004.03.001
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*. 67, 4, 294-306.
- Winefield, H., Gill, T., Taylor, A., & Pilkington (2012). Psychological well-being and psychological distress: Is it necessary to measure both? *Psychology of Well-being: Theory, Research and Practice*, 2, 3. Recuperado de <http://www.Psywb.com/content/content/2/1/3>
- Wright, T. A. (2009). The role of psychological well-being in job performance, employee retention and cardiovascular health. *Organizational Dynamics*, 39, 1, 13-23. doi: 10.1016/j.orgdyn.2009.10.009
- Wright, T. A., & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 84-94. doi: [10.1037/1076-8998.5.1.84](https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.84)
- Wright, T. A., & Bonett, D. T. (2007). Job satisfaction and psychological well-being as no additive predictors of workplace turnover. *Journal of Management*, 33, 2, 141-160. Recuperado de Business Source Complete data base.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2009). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten cohort study. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2009.06.032

- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the big five facets. *Personality and Individual Differences, 46*, 443-447.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. Oelmann, J. E., & Drane, J. W. (2001). Relationships between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescents Health, 29*, 279-288.

ANEXOS

Anexo 1- a

Guión para grupo focal

El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa que consiste en una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se les pide a los integrantes que discutan alguna temática de interés del investigador.

Objetivo de la investigación:

Identificar algunas de las dimensiones que conforman el constructo de bienestar psicológico, en una muestra de estudiantes mexicanos de 16 a 19 años de escuelas públicas de EMS.

Participantes: 8 a 10 estudiantes mexicanos de 16 a 19 años de una escuela pública de EMS

Objetivo general del grupo:

Identificar las dimensiones o aspectos relevantes que definen el bienestar psicológico para los participantes.

Objetivos específicos:

- a) Discutir y definir los términos: bienestar y bienestar psicológico
- b) Identificar los aspectos/dimensiones que conforman el BP (Ryff, 1989) en jóvenes de esta edad.
- c) Definir las dimensiones que conforman el BP
- d) Identificar las condiciones que pueden afectar el nivel de BP

Definición generadora (opcional): *Bienestar psicológico es la percepción personal de sentirse auto-realizado y de desempeñarse bien en diversos aspectos de la vida.*

Preguntas Estímulo	
1.	¿Qué es lo que los hace sentirse bien?
2.	¿En qué piensan cuando escuchan la palabra bienestar?
3.	¿En qué piensan cuando escuchan las palabras bienestar psicológico?
4.	¿Qué es lo que los hace sentirse bien psicológicamente/ qué lo obstaculiza?
5.	¿Cuáles serían los aspectos/ áreas importantes de su vida para tener bienestar?
6.	¿Cuáles de sus características personales contribuyen /impiden que se perciban con un nivel adecuado de bienestar psicológico?
7.	¿Cuáles son las condiciones de su contexto familiar, escolar y social que consideran necesarias para tener bienestar psicológico?
8.	¿Qué otros aspectos les parecen relevantes para considerar que un/una joven tiene BP?

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Definiciones y Preguntas estímulo Dimensiones BP
<i>Autonomía: capacidad para tomar decisiones propias, basadas en la reflexión personal sobre las consecuencias positivas y negativas de la elección, independientemente de la presión social de sus pares y sus padres.</i>
1. ¿Qué comportamiento tiene un/a adolescente autónomo/a?
2. ¿Tomar decisiones propias independientemente de la presión social de sus pares y sus padres, es una condición para tener BP?
<i>Auto-aceptación: Reconocimiento y aceptación de tus capacidades y limitaciones en las áreas: física, emocional y cognitiva.</i>
1. ¿Qué necesitas para aceptarte a ti mismo?
2. ¿Qué papel juega el conocimiento de nuestras capacidades y limitaciones en la auto-aceptación?
3. ¿La auto-aceptación es importante para tener BP?
<i>Relaciones/vinculos positivos con otros: percepción/valoración personal sobre la calidad de la interacción con sus pares, familiares.</i>
1. ¿Cuáles son las condiciones/requisitos para mantener relaciones positivas con otros? En casa, en la escuela, en general?
2. ¿Qué tan importantes son estas relaciones para tener BP?
<i>Manejo/dominio del ambiente: percepción del adolescente sobre su capacidad para enfrentar de manera satisfactoria los eventos positivos y negativos a los que se enfrenta en su ambiente: familiar, social y escolar.</i>
1. ¿Qué tan importante es para un adolescente percibirse como una persona capaz de enfrentar los eventos positivos y negativos de su ambiente familiar, escolar y social?
2. ¿Esta percepción es una condición para tener BP?
<i>Proyecto/propósito de vida: Se refiere al establecimiento de metas o propósitos personales a corto y mediano plazo, implica la capacidad para relacionar los esfuerzos actuales con el logro de metas en el futuro (en los próximos 3 y 6 años), tanto en relación con su salud, con lo académico y/o laboral, como en lo familiar</i>
1. ¿Qué es un proyecto de vida?
2. ¿Para qué sirve?
3. ¿Cuál es su utilidad?
4. ¿Es una condición importante para tener BP?
<i>Desarrollo personal: Creencias del adolescente sobre la necesidad de continuar formándose para desarrollar al máximo su potencial y sus capacidades personales.</i>
1. ¿Qué entiendes por desarrollo/crecimiento personal?
2. ¿El desarrollo personal es importante para tener BP?

Anexo 1-b.

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (Primera versión)

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre jóvenes de tu edad. La información que solicitamos es anónima, por lo que no se piden datos de identificación personal como tu nombre, escuela o domicilio.

El propósito es obtener información sobre diversos aspectos relacionados con la manera en que los jóvenes se perciben, además de conocer su opinión sobre su forma de ser y actuar.

Lee con cuidado las instrucciones y elige la respuesta que refleje mejor tu forma de pensar o actuar. Recuerda que no es un examen, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, pero la precisión y veracidad de tus respuestas será de gran ayuda en nuestro trabajo.

DATOS PERSONALES	
Sexo: Hombre () Mujer () Edad: ____ años Año escolar: _____	
Estado Civil: Soltero(a) () Unión libre () Casado(a) () Otros ()	
Vives con: Ambos padres: () Sólo Madre: () Sólo Padre () Padrastra () Madrastra () Abuelo(a): () Tíos (as): () Esposo(a): () Pareja: () Otros: ()	
Tus papás están: Casados (), Separados/divorciados () Mi mamá ya murió () Mi papá ya murió ()	
Escolaridad padre: Primaria () Secundaria () Preparatoria o equivalente () Licenciatura () Posgrado ()	Escolaridad madre: Primaria () Secundaria () Preparatoria o equivalente () Licenciatura () Posgrado ()
¿Tu padre trabaja? Si () Medio tiempo () Tiempo completo () Está jubilado/retirado () No trabaja () Está desempleado ()	
¿Tu madre trabaja? Si () Medio tiempo () Tiempo completo () Está jubilada/retirada () No trabaja es ama de casa ()	
¿Tienes hijos? Sí () No ()	
¿Prácticas algún deporte? No () Sí () ¿Cuál? _____	
¿Cuántas horas a la semana? 1 a 2 () 2 a 4 () más de 5 horas ()	

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con lo que una persona piensa sobre sí misma o sobre su comportamiento. Marca con una cruz la opción de respuesta que mejor te describa.

	Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Soy una persona valiosa.				
2.	Me quiero con todos mis defectos.				
3.	Tengo limitaciones pero también cualidades.				
4.	Cuando no logro lo que quiero, me siento fracasado(a).				
5.	Soy importante.				
6.	Tengo muchas cualidades.				
7.	Evito compararme con otros(as).				
8.	Odio mi carácter.				
9.	Me acepto como soy.				
10.	Las críticas me hacen sentir inferior.				
11.	Soy inteligente aunque cometa errores.				
12.	Me siento inferior a otros(as) porque no soy como ellos(as).				
13.	Me gusta mi carácter.				
14.	Quisiera tener un cuerpo diferente.				
15.	Quisiera ser más inteligente.				
16.	Odio mis defectos.				
17.	Me gusta mi cuerpo.				
18.	Me sentiría valioso(a) si fuera más guapo(a).				
19.	Quisiera ser más listo (a).				
20.	Cuando no logro lo que quiero me enojo conmigo misma(o).				
21.	Quisiera tener otro carácter.				
22.	Tengo muy pocas cualidades.				
23.	Acepto mis defectos.				
24.	Me gustaría ser diferente.				
25.	Me acepto con mis limitaciones.				
26.	Odio mi manera de ser.				
27.	Quisiera ser otra persona.				
28.	Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.				
29.	Considero inútil planear mi futuro.				
30.	Mis logros pasados se reflejan en mi desempeño actual.				
31.	Me esfuerzo para lograr mis metas.				
32.	Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.				
33.	Mis metas actuales son importantes para mi vida futura.				
34.	Lo que estoy haciendo actualmente no tiene relación con mis metas a futuro.				
35.	Estoy trabajando para hacer que mi vida sea como yo quiero en los próximos años.				
36.	Para lograr lo que quiero en la vida es importante hacer planes.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

37.	Alcanzar mis metas será el resultado de mis esfuerzos.				
38.	Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.				
39.	Las cosas salen aunque no las planees.				
40.	Si me esfuerzo logro lo que quiero.				
41.	Si lucho por conseguir mis metas, las alcanzaré.				
42.	Me cuesta trabajo lograr las metas que me propongo.				
43.	Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.				
44.	Alcanzar una meta difícilmente será el resultado de mis esfuerzos.				
45.	Lo que hice en el pasado tiene poca o ninguna relación con mi futuro.				
46.	Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.				
47.	Enfocarme en mis metas me permitirá alcanzarlas.				
48.	Lo que logré en el pasado, me permitió llegar hasta donde estoy ahora.				
49.	Mis metas a futuro son realistas.				
50.	Vivo el presente, sin reflexionar sobre el pasado o pensar en el futuro.				
51.	Me he propuesto lograr varias metas.				
52.	Tengo suficientes conocimientos para enfrentar la vida.				
53.	Estudio para estar mejor preparado para el futuro.				
54.	Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.				
55.	Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.				
56.	Me intereso en perfeccionar mis habilidades.				
57.	Superarme como persona es identificar defectos y trabajar en ellos para corregirlos.				
58.	Evito estar en situaciones nuevas que me exigen enfrentar retos.				
59.	Me gusta investigar temas nuevos o áreas de conocimiento.				
60.	Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.				
61.	Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.				
62.	La escuela es una pérdida de tiempo, no me prepara para el futuro.				
63.	Los maestros(as) difícilmente pueden enseñarme algo que me sea útil en el futuro.				
64.	Estoy interesado en aprender de mis maestros(as).				
65.	Identificar mis errores y aprender de ellos me enriquece como persona.				
66.	Busco información actualizada y confiable sobre temas de mi interés.				
67.	Con lo que sé hasta ahora, puedo enfrentar los retos de mi vida.				
68.	Me gusta poner a prueba mis habilidades y enfrentar desafíos.				
69.	Estoy abierto(a) a analizar otras formas de pensar opuestas a la mía.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

70.	Es una pérdida de tiempo prepararme para el futuro.				
71.	Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.				
72.	Se me hace difícil hacer nuevos amigos(as).				
73.	Tengo un(a) amigo(a) en el (la) que puedo confiar.				
74.	Respeto las ideas u opiniones de mis amigos(as), aunque no esté de acuerdo.				
75.	Tengo buenas relaciones con mis compañeros(as).				
76.	Mis compañeros(as) me excluyen cuando trabajan en equipo.				
77.	Mis compañeros(as) me buscan para trabajar con ellos.				
78.	He tenido problemas con algunos(as) compañeros(as).				
79.	Me gusta trabajar en equipo				
80.	Cuando alguien me dice que lo he ofendido, trato de aclarar la situación.				
81.	He tenido problemas con mis maestros(as).				
82.	Mis amigos(as) me tienen confianza.				
83.	Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.				
84.	Me llevo bien con mis compañeros(as)				
85.	Soy amable con otras personas.				
86.	Cuando alguien se dirige a mí, escucho con atención.				
87.	Difícilmente inicio una conversación con compañeros(as) nuevos(as).				
88.	Trato con cortesía y respeto a los demás.				
89.	Me llevo bien con mis maestros(as).				
90.	Fácilmente me relaciono con personas desconocidas.				
91.	Evito asistir a lugares donde no conozco a alguien.				
92.	Mis compañeros desconfían de mí.				
93.	Para evitar tener conflictos con mi familia, dejo que ellos tomen decisiones por mí.				
94.	Aunque no esté de acuerdo apoyo las decisiones de mis amigos(as) para evitar ser rechazado(a).				
95.	Analizo las ventajas y desventajas de mis decisiones.				
96.	Puedo tomar decisiones contrarias a las de mis amigos.				
97.	Considero las opiniones de mis padres pero al final tomo mis propias decisiones.				
98.	Antes de tomar una decisión considero las posibles opciones y sus consecuencias.				
99.	Mis decisiones tienen consecuencias.				
100.	Considero las opiniones de mis amigos(as) pero termino decidiendo por mi mismo(a).				
101.	Para ser aceptado en un grupo, actúo como ellos aunque desaprobe su comportamiento.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

102.	Tomo en cuenta la opinión de los otros pero termino decidiendo por mí mismo.				
103.	Evito cuestionar las decisiones de mis padres, prefiero que ellos decidan por mí.				
104.	Lo que me sucede es el resultado de las decisiones que he tomado.				
105.	Me cuesta trabajo tomar decisiones propias.				
106.	Prefiero que otros decidan por mí.				
107.	Soy bueno (a) para tomar decisiones.				
108.	Cuando tomo una decisión difícilmente pienso en las consecuencias.				
109.	Antes de tomar una decisión, reflexiono sobre sus posibles consecuencias.				
110.	Me gusta tomar mis propias decisiones.				
111.	Prefiero que mis padres tomen decisiones por mí.				
112.	Apoyo las decisiones de mis amigos(as) para ser aceptado.				
113.	Puedo controlar mis impulsos.				
114.	Ante un imprevisto actúo de manera impulsiva.				
115.	Lo que me sucede en la vida es independiente de mis esfuerzos.				
116.	Que mi vida vaya hacia donde yo quiero, depende de mí.				
117.	Mis calificaciones son el resultado del tiempo que dedico a estudiar.				
118.	Lo que pasa en mi vida está fuera de mi control.				
119.	Ante un imprevisto busco la mejor forma de manejarlo.				
120.	Las calificaciones que obtengo están fuera de mi control.				
121.	Cuando tengo dificultades en una materia, busco alguien que me ayude a estudiar.				
122.	Tengo dificultades para controlar mi carácter.				
123.	Mis logros se deben a mi esfuerzo.				
124.	Cuando me altero tengo dificultades para controlar mi comportamiento.				
125.	Lo que logro depende más de otras cosas que de mí.				
126.	Aprobar un examen es el resultado del tiempo que haya estudiando.				
127.	Mis calificaciones dependen de muchas cosas, menos de mi esfuerzo.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

128.	Controlo mi forma de ser.				
129.	Cuando alguien me altera puedo controlar lo que le digo.				
130.	Cuando estoy enojado(a) con alguien puedo explicarle lo que me molestó sin ofender.				
131.	Cuando estoy enojado(a) no puedo pensar.				
132.	Mis acciones dependen de mí.				
133.	Fácilmente pierdo el control.				
134.	Cuando la situación lo requiere, soy capaz de manejar mis emociones.				

Anexo 2

Factores para cada dimensión, reactivos, peso factorial y confiabilidad

Dimensión 1: Auto aceptación		18 reactivos
Factor 1: Rechazo personal		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha= .77	
auc22Tengo muy pocas cualidades.		.719
auc26Odio mi manera de ser.		.704
auc27Quisiera ser otra persona.		.697
auc24Me gustaría ser diferente.		.751
Factor 2: Insatisfacción personal		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha= .67	
auc14Quisiera tener un cuerpo diferente.		.612
auc4Cuando no logro lo que quiero, me siento fracasado(a).		.606
auc16Odio mis defectos		.572
auc20Cuando no logro lo que quiero me enojo conmigo misma(o).		.624
Factor 3: rechazo-carácter		Peso Factorial
Reactivos 3	Alpha= .79	
rauc13Me gusta mi carácter.		.731*
auc8Odio mi carácter.		.756
auc21Quisiera tener otro carácter.		.633
Factor 4: Auto-aceptación aspectos positivos		Peso Factorial
Reactivos 3	Alpha= .68	
auc6Tengo muchas cualidades.		.525
auc5Soy importante.		.599
auc11Soy inteligente aunque cometa errores.		.648
Factor 5: Auto-aceptación aspectos negativos		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha= .60	
auc25Me acepto con mis limitaciones.		.526
auc23Acepto mis defectos.		.458
auc3Tengo limitaciones pero también cualidades.		.635
auc2Me quiero con todos mis defectos		.507

Dimensión 2: Propósito de vida		14 reactivos
Factor 1: Importancia de tener un plan de vida y metas		Peso Factorial
Reactivos 5	Alpha .67	
pv43Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones		.750
pv32Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.		.742
pv28Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.		.605
pv36Para lograr lo que quiero en la vida es importante hacer planes		.598
pv51Me he propuesto lograr varias metas.		.411
Factor 2: Metas realistas y esfuerzo para lograrlas		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha .55	
pv37Alcanzar mis metas será el resultado de mis esfuerzos.		.677
pv40Si me esfuerzo logro lo que quiero		.661
pv41Si lucho por conseguir mis metas, las alcanzaré.		.580
pv49Mis metas a futuro son realistas.		.558
Factor 3: Rechazo a tener un plan de vida y metas		Peso Factorial
Reactivos 5	Alpha .63	
pv29Considero inútil planear mi futuro		.722
pv38Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.		.557
rpv47Es irrelevante establecer metas de vida.		.505
pv34Lo que estoy haciendo actualmente no tiene relación con mis metas a futuro		.488
pv46Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.		.406

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Dimensión 3: Crecimiento Personal		Total 15 reactivos
Factor 1: Interés en superarse		Peso Factorial
Reactivo	Alpha= .80	
cp56Me intereso en perfeccionar mis habilidades		.693
cp54Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.		.675
cp55Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.		.667
cp57Superarme como persona es identificar defectos y trabajar en ellos para corregirlos.		.638
cp53Estudio para estar mejor preparado para el futuro.		.597
cp65Identificar mis errores y aprender de ellos me enriquece como persona.		.536
cp61Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.		.525
Factor 2: Apertura al conocimiento		Peso Factorial
Reactivos 5	Alpha .71	
cp66Busco información actualizada y confiable sobre temas de mi interés.		.660
cp69Estoy abierto(a) a analizar otras formas de pensar opuestas a la mía.		.613
cp68Me gusta poner a prueba mis habilidades y enfrentar desafíos.		.595
cp59Me gusta investigar temas nuevos o áreas de conocimiento		.586
cp60Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación		.568
Factor 3: Rechazo a prepararse para futuro		Peso Factorial
Reactivos 3	Alpha .61	
cp63Los maestros(as) difícilmente pueden enseñarme algo que me sea útil en el futuro.		.712
cp62La escuela es una pérdida de tiempo, no me prepara para el futuro		.679
cp70Es una pérdida de tiempo prepararme para el futuro.		.671

Dimensión 4: Relaciones Positivas con otros		14 reactivos
Factor 1: Dificultad para relacionarse		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha .63	
rep83Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.		.708
rep87Difícilmente inicio una conversación con compañeros(as) nuevos(as).		.676
rep72Se me hace difícil hacer nuevos amigos(as).		.633
rep76Mis compañeros(as) me excluyen cuando trabajan en equipo.		.455
Factor 2: Trato respetuoso		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha .62	
rep86Cuando alguien se dirige a mí, escucho con atención.		.728
rep85Soy amable con otras personas.		.669
rep88Trato con cortesía y respeto a los demás		.630
rep80Cuando alguien me dice que lo he ofendido, trato de aclarar la situación.		.545
Factor 3: Relación positiva con compañeros y amigos		Peso Factorial
Reactivos 3	Alpha .50	
rep82Mis amigos(as) me tienen confianza.		.652
rep77Mis compañeros(as) me buscan para trabajar con ellos		.577
rep84Me llevo bien con mis compañeros(as)		.527
Factor 4: relaciones positivas y trabajo en equipo		Peso Factorial
Reactivos 3	Alpha .50	
rep79Me gusta trabajar en equipo		.722
rep71Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.		.539
rep75Tengo buenas relaciones con mis compañeros(as).		.433

Dimensión 5: Control Personal		18 reactivos
Factor 1: Control emocional		Peso Factorial
Reactivos 6	Alpha .75	
rcrtp122Domino fácilmente mi carácter.		.693*
rcrtp124Controlo mi comportamiento aunque esté alterado.		.683*
crtp113Puedo controlar mis impulsos.		.671
crtp129Cuando alguien me altera puedo controlar lo que le digo		.668
crtp128Controlo mi forma de ser		.595
crtp134Cuando la situación lo requiere, soy capaz de manejar mis emociones.		.434
Factor 2: Falta de control		Peso Factorial
Reactivos 5	Alpha .66	
crtp120Las calificaciones que obtengo están fuera de mi control.		.654
crtp125Lo que logro depende más de otras cosas que de mí.		.636
crtp118Lo que pasa en mi vida está fuera de mi control		.597
crtp127Mis calificaciones dependen de muchas cosas, menos de mi esfuerzo		.577
crtp131Cuando estoy enojado(a) no puedo pensar		.462

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Factor 3: Control personal		Peso Factorial
Reactivos 3	Alpha= .56	
crtp116Que mi vida vaya hacia donde yo quiero, depende de mí.		.650
crtp123Mis logros se deben a mi esfuerzo.		.622
crtp132Mis acciones dependen de mí.		.602
Factor 4: Control y manejo de eventos		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha. 346	
crtp121Cuando tengo dificultades en una materia, busco alguien que me ayude a estudiar.		.680
crtp119Ante un imprevisto busco la mejor forma de manejarlo.		.589
rcrtp115 En general los logros que he tenido en mi vida son resultado de mis esfuerzos.		.426*
crtp130Cuando estoy enojado(a) con alguien puedo explicarle lo que me molestó sin ofender		.416
Dimensión 6: Autonomía	12 reactivos	
Factor 1: Autonomía para tomar decisiones, considerando la opinión de otros		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha .704	
aut100Considero las opiniones de mis amigos(as) pero termino decidiendo por mi mismo(a).		.811
aut102Tomo en cuenta la opinión de los otros pero termino decidiendo por mi mismo		.789
aut97Considero las opiniones de mis padres pero al final tomo mis propias decisiones		.668
aut96Puedo tomar decisiones contrarias a las de mis amigos		.437
Factor 2: Dependencia de otros para tomar decisiones		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha .624	
aut112Apoyo las decisiones de mis amigos(as) para ser aceptado.		.749
aut101Para ser aceptado en un grupo, actúo como ellos aunque desaprobe su comportamiento.		.723
aut106Prefiero que otros decidan por mí.		.515
aut105Me cuesta trabajo tomar decisiones propias		.493
Factor 3: Toma de decisiones reflexiva		Peso Factorial
Reactivos 4	Alpha .683	
aut98Antes de tomar una decisión considero las posibles opciones y sus consecuencias.		.809
aut109Antes de tomar una decisión, reflexiono sobre sus posibles consecuencias		.774
aut95Analizo las ventajas y desventajas de mis decisiones		.763
aut107Soy bueno (a) para tomar decisiones.		.414

Anexo 3

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES

(Segunda versión)

2012

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre jóvenes de tu edad. La información que solicitamos es anónima, por lo que no se piden datos de identificación personal como tu nombre, escuela o domicilio.

El propósito es obtener información sobre diversos aspectos relacionados con la manera en que los jóvenes se perciben, además de conocer su opinión sobre su forma de ser y actuar.

Lee con cuidado las instrucciones y elige la respuesta que refleje mejor tu forma de pensar o actuar. Recuerda que no es un examen, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, pero la precisión y veracidad de tus respuestas será de gran ayuda en nuestro trabajo.

DATOS PERSONALES	
Sexo: Hombre () Mujer () Edad: ____ años Semestre escolar: _____	
Estado Civil: Soltero(a) () Unión libre () Casado(a) () Otros ()	
Vives con: Ambos padres: () Sólo Madre: () Sólo Padre () Padrastro () Madrastra () Abuelo(a): () Tíos (as): () Esposo(a): () Pareja: () Otros: ()	
Tus papás están: Casados (), Separados/divorciados (), Unión Libre () Mi mamá ya murió () Mi papá ya murió ()	
Escolaridad padre: Primaria () Secundaria () Preparatoria o equivalente () Licenciatura () Posgrado ()	Escolaridad madre: Primaria () Secundaria () Preparatoria o equivalente () Licenciatura () Posgrado ()
¿Tu padre trabaja? Si, medio tiempo () Si, tiempo completo () No, está jubilado/retirado () No, está desempleado () ¿Tu madre trabaja? Si, medio tiempo () Si, tiempo completo () No, está jubilada/retirada () No es asalariada, es ama de casa ()	
¿Tienes hijos? Sí () No ()	
¿Prácticas algún deporte? No () Sí () ¿Cuál? _____	
¿Cuántas horas a la semana? Menos de 1 hora (), de 1 a 2 hrs.() De 2 a 4 hrs. () más de 5 horas ()	

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Sección A. Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con lo que una persona piensa sobre sí misma o sobre su comportamiento. Marca con una cruz la opción de respuesta que mejor te describa.

	Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Puedo controlar mi forma de ser.				
2.	Prefiero que otros decidan por mí.				
3.	Apoyo las decisiones de mis amigos(as) para ser aceptado.				
4.	Que mi vida vaya hacia donde yo quiero, depende de mí.				
5.	Tomo en cuenta la opinión de los otros pero termino decidiendo por mí mismo.				
6.	Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.				
7.	Me disgusta mi carácter.				
8.	Me he propuesto lograr varias metas.				
9.	Cuando no logro lo que quiero me enoja conmigo misma(o).				
10.	Las calificaciones que obtengo están fuera de mi control.				
11.	Cuando alguien me altera puedo controlar lo que le digo.				
12.	Me gusta investigar temas nuevos o áreas de conocimiento.				
13.	Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.				
14.	Para ser aceptado en un grupo, actúo como ellos aunque desaprobe su comportamiento.				
15.	Considero las opiniones de mis amigos(as) pero termino decidiendo por mí mismo(a).				
16.	Alcanzar mis metas será el resultado de mis esfuerzos.				
17.	Soy amable con otras personas.				
18.	Busco información actualizada y confiable sobre temas de mi interés.				
19.	Me acepto con mis limitaciones.				
20.	Me gusta trabajar en equipo.				
21.	Tengo buenas relaciones con mis compañeros(as).				
22.	Me gustaría ser diferente.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

23.	Superarme como persona es identificar defectos y trabajar en ellos para corregirlos.				
24.	Cuando la situación lo requiere, soy capaz de manejar mis emociones.				
25.	Analizo las ventajas y desventajas de mis decisiones.				
26.	Cuando estoy enojado(a) no puedo pensar.				
27.	Me cuesta trabajo tomar decisiones propias.				
28.	Identificar mis errores y aprender de ellos me enriquece como persona.				
29.	Quisiera tener otro carácter.				
30.	Lo que logro depende más de otras cosas que de mí.				
31.	Ante un imprevisto busco la mejor forma de manejarlo.				
32.	Mis compañeros(as) me buscan para trabajar con ellos.				
33.	Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.				
34.	Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.				
35.	Considero las opiniones de mis padres pero al final tomo mis propias decisiones.				
36.	Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.				
37.	Cuando estoy enojado(a) con alguien puedo explicarle lo que me molestó sin ofender.				
38.	Domino fácilmente mi carácter.				
39.	Mis compañeros(as) me excluyen cuando trabajan en equipo.				
40.	Me gusta poner a prueba mis habilidades y enfrentar desafíos.				
41.	Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.				
42.	Odio mi carácter.				
43.	Lo que estoy haciendo actualmente no tiene relación con mis metas a futuro.				
44.	Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.				
45.	Considero inútil planear mi futuro.				
46.	Los maestros(as) difícilmente pueden enseñarme algo que me sea útil en el futuro.				
47.	Tengo limitaciones pero también cualidades				
48.	Si lucho por conseguir mis metas, las alcanzaré.				
49.	Antes de tomar una decisión considero las posibles opciones y sus consecuencias.				
50.	Es una pérdida de tiempo prepararme para el futuro.				
51.	Estudio para estar mejor preparado para el futuro.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

52.	Se me hace difícil hacer nuevos amigos(as).				
53.	Mis calificaciones dependen de muchas cosas, menos de mi esfuerzo.				
54.	Es irrelevante establecer metas de vida.				
55.	Mis metas a futuro son realistas.				
56.	Mis acciones dependen de mí.				
57.	Me llevo bien con mis compañeros(as).				
58.	Tengo muy pocas cualidades.				
59.	Lo que pasa en mi vida está fuera de mi control.				
60.	Antes de tomar una decisión, reflexiono sobre sus posibles consecuencias.				
61.	Cuando alguien se dirige a mí, escucho con atención.				
62.	Puedo controlar mis impulsos.				
63.	Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.				
64.	Difícilmente inicio una conversación con compañeros(as) nuevos(as).				
65.	Mis logros se deben a mi esfuerzo.				
66.	Controlo mi comportamiento aunque esté alterado.				
67.	Me quiero con todos mis defectos.				
68.	Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.				
69.	Odio mi manera de ser.				
70.	Mis amigos(as) me tienen confianza.				
71.	Soy inteligente aunque cometa errores.				
72.	Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.				
73.	Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.				
74.	Cuando no logro lo que quiero, me siento fracasado(a).				
75.	Trato con cortesía y respeto a los demás.				
76.	Me intereso en perfeccionar mis habilidades.				
77.	Puedo tomar decisiones contrarias a las de mis amigos.				
78.	Soy importante.				
79.	La escuela es una pérdida de tiempo, no me prepara para el futuro.				
80.	Quisiera ser otra persona.				
81.	Soy bueno (a) para tomar decisiones.				

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

82.	Acepto mis defectos.				
83.	En general los logros que he tenido en mi vida son resultado de mis esfuerzos.				
84.	Odio mis defectos.				
85.	Cuando tengo dificultades en una materia, busco alguien que me ayude a estudiar.				
86.	Cuando alguien me dice que lo he ofendido, trato de aclarar la situación.				
87.	Estoy abierto(a) a analizar otras formas de pensar opuestas a la mía.				
88.	Quisiera tener un cuerpo diferente.				
89.	Si me esfuerzo logro lo que quiero.				
90.	Tengo muchas cualidades.				
91.	Para lograr lo que quiero en la vida es importante hacer planes.				

Anexo 4

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES

(Versión Final)

2013

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre jóvenes de tu edad. La información que solicitamos es anónima, por lo que no se piden datos de identificación personal como tu nombre, escuela o domicilio.

El propósito es obtener información sobre diversos aspectos relacionados con la manera en que los jóvenes se perciben, además de conocer su opinión sobre su forma de ser y actuar.

Lee con cuidado las instrucciones y elige la respuesta que refleje mejor tu forma de pensar o actuar. Recuerda que no es un examen, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, pero la precisión y veracidad de tus respuestas será de gran ayuda en nuestro trabajo.

DATOS PERSONALES	
Sexo: Hombre (<input type="checkbox"/>) Mujer (<input type="checkbox"/>) Edad: ____ años Semestre escolar: _____	
Estado Civil: Soltero(a) (<input type="checkbox"/>) Unión libre (<input type="checkbox"/>) Casado(a) (<input type="checkbox"/>) Otros (<input type="checkbox"/>)	
Vives con: Ambos padres: (<input type="checkbox"/>) Sólo Madre: (<input type="checkbox"/>) Sólo Padre (<input type="checkbox"/>) Padrastro (<input type="checkbox"/>) Madrastra (<input type="checkbox"/>) Abuelo(a): (<input type="checkbox"/>) Tíos (as): (<input type="checkbox"/>) Esposo(a): (<input type="checkbox"/>) Pareja: (<input type="checkbox"/>) Otros: (<input type="checkbox"/>)	
Tus papás están: Casados (<input type="checkbox"/>), Separados/divorciados (<input type="checkbox"/>), Unión Libre (<input type="checkbox"/>) Mi mamá ya murió (<input type="checkbox"/>) Mi papá ya murió (<input type="checkbox"/>)	
Escolaridad padre: Primaria (<input type="checkbox"/>) Secundaria (<input type="checkbox"/>) Preparatoria o equivalente (<input type="checkbox"/>) Licenciatura (<input type="checkbox"/>) Posgrado (<input type="checkbox"/>)	Escolaridad madre: Primaria (<input type="checkbox"/>) Secundaria (<input type="checkbox"/>) Preparatoria o equivalente (<input type="checkbox"/>) Licenciatura (<input type="checkbox"/>) Posgrado (<input type="checkbox"/>)
¿Tu padre trabaja? Si, medio tiempo (<input type="checkbox"/>) Si, tiempo completo (<input type="checkbox"/>) No, está jubilado/retirado (<input type="checkbox"/>) No, está desempleado (<input type="checkbox"/>) ¿Tu madre trabaja? Si, medio tiempo (<input type="checkbox"/>) Sí, tiempo completo (<input type="checkbox"/>) No, está jubilada/retirada (<input type="checkbox"/>) No es asalariada, es ama de casa (<input type="checkbox"/>)	
¿Tienes hijos? Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
¿Prácticas algún deporte? No (<input type="checkbox"/>) Sí (<input type="checkbox"/>) ¿Cuál? _____	
¿Cuántas horas a la semana? Menos de 1 hora (<input type="checkbox"/>), de 1 a 2 hrs.(<input type="checkbox"/>) De 2 a 4 hrs. (<input type="checkbox"/>) más de 5 horas (<input type="checkbox"/>)	

Prácticas Parentales, Bienestar Psicológico y Conductas de Riesgo en Adolescentes

Sección A. Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con lo que una persona piensa sobre sí misma o sobre su comportamiento. Marca con una cruz la opción de respuesta que mejor te describa.

	Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Tengo metas claras sobre lo que quiero hacer en mi vida.				
2.	Me cuesta trabajo relacionarme con las personas.				
3.	Controlo mi comportamiento aunque esté alterado				
4.	Hacer planes para el futuro es perder el tiempo.				
5.	Quisiera tener otro carácter.				
6.	Si me esfuerzo logro lo que quiero.				
7.	Estoy abierto(a) a nuevas experiencias que contribuyan a mi formación personal.				
8.	Odio mis defectos.				
9.	Para lograr lo que quiero en la vida es importante hacer planes.				
10.	Me relaciono fácilmente con personas de mi edad.				
11.	Si lucho por conseguir mis metas, las alcanzaré.				
12.	Puedo controlar mis impulsos.				
13.	Estoy interesado(a) en adquirir habilidades nuevas.				
14.	Se me hace difícil hacer nuevos(as) amigos(as).				
15.	Me quiero con todos mis defectos.				
16.	Tengo un plan sobre lo que quiero hacer con mi vida los próximos años.				
17.	Me intereso en perfeccionar mis habilidades.				
18.	Odio mi manera de ser.				
19.	Tengo buenas relaciones con mis compañeros(as).				
20.	Hacer un proyecto de vida es una pérdida de tiempo.				
21.	Mi actitud es de apertura al conocimiento y la innovación.				
22.	Quisiera tener un cuerpo diferente.				
23.	Domino fácilmente mi carácter.				
24.	Me he propuesto lograr varias metas.				
25.	Me llevo bien con mis compañeros(as).				
26.	Estudio para saber más y enfrentar los retos de la vida.				
27.	Acepto mis defectos.				
28.	Odio mi carácter.				
29.	Tengo un plan de vida que le da dirección y guía a mis acciones.				

Anexo 5**NIVEL DE PREDICCIÓN DE LAS PRÁCTICAS MATERNAS EN LAS DIMENSIONES DE BP POR SEXO DEL HIJO.**

En la tabla 1a se observan los resultados por sexo del efecto de las prácticas parentales de la figura materna en la dimensión de crecimiento personal de la escala de BP para adolescentes, como puede verse, en el caso de los hombres en el primer paso del análisis entró la dimensión de control conductual materno [$F(1,393)= 20.41, p <.001$]. En el segundo paso se agregó la dimensión de autonomía materna [$F(2,392)= 14.36, p <.01$]. En el caso de las mujeres, en el primer paso se anexó la dimensión de autonomía materna [$F(1,471)= 32.49, p <.001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de control conductual materno [$F(2,470)= 19.85, p <.01$], y en el tercer paso la dimensión de control psicológico materno [$F(3,469) = 15.24, p <.05$].

Tabla 1a
Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de crecimiento personal por sexo del hijo.

		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Hombres						
Paso 1	Control Conductual Materno	.144	.032	.222***	.049	
Paso 2	Control Conductual Materno	.103	.035	.159*	.068	
	Autonomía Materna	.102	.036	.152**		.019
Mujeres						
Paso 1	Autonomía Materna	.081	.026	.254***	.065	
Paso 2	Control Conductual Materno	.147	.031	.131**	.078	.013
	Autonomía Materna	.111	.029	.191***		
Paso 3	Control Conductual Materno	.099	.032	.161**		
	Autonomía Materna	.151	.034	.260***		
	Control Psicológico Materno	.094	.040	.136*	.089	.011

*** $p <.001$; ** $p <.01$; * $p <.05$

Los resultados del efecto de las prácticas maternas de hombres y mujeres en la dimensión de relaciones positivas con otros de la escala de BP, se presentan en la tabla 2a. Como se puede observar, en los varones, en el primer paso ingresó la dimensión de comunicación materna [$F(1, 394) = 50.07, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de control psicológico materno [$F(2, 393) = 28.89, p < .001$]. En las mujeres sólo entró en el primer paso la dimensión de control conductual materno [$F(1, 473) = 17.43, p < .001$].

Tabla 2a
Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de relaciones positivas con otros por el sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación Materna	.252	.038	.316***	.100	
Paso 2	Comunicación materna	.191	.044	.240***		
	Control Psicológico Materno	-.169	.063	-.148**	.116	.016
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Conductual Materno	.181	.041	.197***	.039	

*** $p = < .001$; ** $p = < .01$

En la tabla 3a se presentan los resultados por sexo del efecto de las prácticas maternas en la dimensión de propósito de vida. En los hombres, en el primer paso se incorporó la dimensión de control conductual materno [$F(1, 394) = 26.66, p < .001$]. En las mujeres, en el primer paso entró también el control conductual materno [$F(1, 473) = 47.28, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de autonomía materna [$F(3, 472) = 27.68, p < .001$].

Tabla 3a
Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de propósito de vida por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Conductual Materno	.221	.043	.252***	.063	
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Conductual Materno	.273	.040	.301***	.091	
Paso 2	Control Conductual Materno	.214	.045	.237***		
	Autonomía Materna	.115	.042	.135**	.105	.014

*** $p = < .001$; ** $p = < .01$

Los efectos de las prácticas parentales de la madre en la dimensión de auto-aceptación de la escala de BP, se presentan en la tabla 4a. En el caso de los hombres, en el primer paso del análisis se incorporó la dimensión de imposición materna [$F(1,394) = 25.61, p < .001$]. En el segundo se agregó la dimensión de control conductual materno [$F(2, 393) = 17.48, p < .001$]. En las mujeres en el primer paso entró la dimensión de control psicológico materno [$F(1,473) = 41.60, p < .001$]. En el segundo paso se adicionó la dimensión de control conductual materno [$F(2, 472) = 24.61, p < .001$].

Tabla 4a
Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de auto-aceptación por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Imposición Materna	-.222	.044	-.247***	.061	
Paso 2	Imposición Materna	-.190	.045	-.211***		
	Control Conductual Materno	.135	.045	.148**	.082	.021
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Materno	-.347	.054	-.284***	.081	
Paso 2	Control Conductual Materno	.141	.053	.131**		
	Control Psicológico Materno	-.274	.060	-.225***	.094	.014

*** $p < .001$; ** $p < .01$

En la tabla 5a se presentan los resultados del efecto de las prácticas maternas en la dimensión de planes a futuro, como se observa en los resultados de los hombres, en el primer paso ingresó la dimensión de control conductual materno [$F(1,394) = 37.67, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de autonomía materna [$F(2, 393) = 21.77, p < .001$]. En las mujeres, en el primer paso también entró la dimensión de autonomía materna [$F(1, 473) = 40.06, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de control conductual materno [$F(2, 472) = 26.16, p < .001$].

Tabla 5a

Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de planes a futuro por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Conductual Materno	.231	.038	.295***	.087	
Paso 2	Control Conductual Materno	.190	.041	.244***		
	Autonomía Materna	.100	.043	.123*	.100	.013
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía materna	.178	.028	.279***	.078	
Paso 2	Control Conductual Materno	.114	.034	.168***		
	Autonomía Materna	.127	.032	.199***	.100	.022

*** $p < .001$; ** $p < .01$

Los efectos de las prácticas parentales de la madre en la dimensión de rechazo personal de la escala de BP, se presentan en la tabla 6a, en el caso de los hombres, en el primer paso del análisis se incorporó la dimensión de control psicológico materno [$F(1,393) = 21.61, p < .001$]. En las mujeres en el primer paso entró la dimensión de control psicológico materno [$F(1,473) = 37.99, p < .001$]. En el segundo paso se adicionó la dimensión de autonomía materna [$F(2, 472) = 23.34, p < .001$].

Tabla 6a

Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de rechazo personal por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Materno	.286	.062	.228***	.052	
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Materno	.340	.055	.273***	.074	
Paso 2	Control Psicológico Materno	.221	.069	.177***		
	Autonomía Materna	-.163	.057	-.157**	.090	.016

*** $p < .001$; ** $p < .01$

Los resultados de los efectos de las prácticas parentales de la mamá en hombres y mujeres en la dimensión de control personal, se presentan en la tabla 7a, en el caso de los varones, en el primer paso del análisis ingresó la dimensión de control psicológico materno [$F(1, 394) = 10.24, p < .001$]. En el segundo se agregó la dimensión de control conductual materno [$F(2, 393) = 7.46, p < .05$]. En

las mujeres, en el primer paso se introdujo la dimensión de control psicológico materno [$F(1, 473) = 33.81, p < .001$]. En el segundo paso se incorporó la dimensión de control conductual materno [$F(2, 472) = 19.66, p < .001$].

Tabla 7a

		Prácticas maternas como predictoras de la dimensión de control personal por sexo del hijo.				
Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Materno	-.197	.062	-.159***	.025	
Paso 2	Control Psicológico Materno	-.152	.065	-.123*		
	Control Conductual Materno	.114	.053	.112*	.037	.011
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Materno	-.316	.054	-.258***	.067	
Paso 2	Control Psicológico Materno	-.253	.061	-.207***		
	Control Conductual Materno	.122	.054	.113*	.077	.010

*** $p = < .001$; * $p = < .05$

NIVEL DE PREDICCIÓN DE LAS PRÁCTICAS PATERNAS EN LAS DIMENSIONES DE BP POR SEXO DEL HIJO.

A continuación se presentan los resultados del efecto de las prácticas parentales de la figura paterna como predictoras de las siete dimensiones de BP por el sexo del hijo.

Los resultados del efecto de las prácticas parentales de la figura paterna en la dimensión de crecimiento personal, se presentan por sexo en la tabla 8a, en el caso de los varones, en el primer paso ingresó la dimensión de autonomía paterna [$F(1, 348) = 7.97$, $p < .01$]. En las mujeres, en el primer paso entró la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 428) = 8.94$, $p < .01$].

Tabla 8a
Prácticas paternas como predictoras de la dimensión de crecimiento personal por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía Paterna	.077	.027	.237**	.022	
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.090	.030	.142**	.020	

*** $p = <.001$; ** $p = <.01$

En la tabla 9a se presentan los resultados del efecto de las prácticas paternas en la dimensión de relaciones positivas con otros, en los varones, en el primer paso del análisis entró la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 350) = 18.56$, $p < .001$]. En el segundo paso se agregó la dimensión de control psicológico paterno ($F(2, 349) = 13.42$, $p < .01$). En el caso de la mujeres, en el primer paso se incorporó la dimensión de control psicológico paterno [$F(1, 429) = 5.68$, $p < .05$].

Tabla 9a

Prácticas paternas como predictoras de la dimensión de relaciones positivas con otros por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.153	.036	.224***	.050	.048
Paso 2	Comunicación y Control Conductual Paterno	.109	.039	.160**		
	Control Psicológico Paterno	-.151	.054	-.159**	.071	.021
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Paterno	-.116	.049	-.114*	.013	

****p*= <.001; ***p*= <.01; * *p*= <.05

En la tabla 10a se pueden observar los resultados por sexo, del efecto de las prácticas paternas en la dimensión de propósito de vida de la escala de BP. En los varones, en el primer paso entró la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 350) = 10.29, p < .001$]. En las mujeres, en el primer paso se incorporó la dimensión de autonomía paterna [$F(1, 429) = 5.88, p < .05$].

Tabla 10a

Prácticas paternas como predictoras de la dimensión de propósito de vida por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.118	.031	.197***	.039	
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía Paterna	.091	.033	.130*	.017	

****p*= .001; * *p*= <.05

Los efectos de las prácticas del padre en la dimensión de auto-aceptación, se presentan por sexo en la tabla 11a, como puede observarse en el caso de los hombres, en el primer paso se incorporó la dimensión de control psicológico paterno [$F(1, 350) = 13.78, p < .001$]. En el segundo paso se adicionó la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(2, 349) = 9.53, p < .05$]. En las mujeres, en el primer paso se anexó la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 429) = 16.83, p < .01$]. En el segundo paso entró la dimensión de imposición paterna [$F(2, 428) = 10.53, p < .05$].

Tabla 11a

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Paterno	-.180	.049	-.195***	.038	.035
Paso 2	Control Psicológico Paterno	-.132	.053	-.142*		
	Comunicación y Control Conductual Paterno	.088	.038	.129*	.052	.012
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.151	.036	.194***	.038	
Paso 2	Comunicación y Control Conductual Paterno	.120	.038	.158**		
	Imposición Paterna	-.094	.046	-.102*	.047	

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

En la tabla 12a se presentan los resultados del efecto de las prácticas paternales en la dimensión de planes a futuro, en los varones, en el primer paso del análisis entró la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 350) = 8.38, p < .01$]. En el caso de las mujeres, en el primer paso se incorporó la dimensión de control psicológico paterno [$F(1, 429) = 8.53, p < .01$].

Tabla 12a

Prácticas paternales como predictoras de la dimensión de planes a futuro por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.083	.029	.153**	.023	
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Control Psicológico Paterno	-.106	.036	-.140**	.020	

** $p < .001$

Los resultados del efecto de las prácticas paternales en la dimensión de rechazo personal por sexo se pueden observar en la tabla 13a. En el caso de los varones, en el primer paso se agrupó la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 349) = 11.18, p > .001$]. En el segundo paso se agregó la dimensión de control psicológico paterno [$F(2, 348) = 7.92, p < .05$]. En el caso de las

mujeres, en el primer paso se integró la dimensión de autonomía paterna [$F(1, 429) = 12.77, p < .001$].

Tabla 13a

Prácticas paternas como predictoras de la dimensión de rechazo personal por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	-.129	.039	-.176***	.030	
Paso 2	Comunicación y Control Conductual Paterno	-.092	.042	-.126*	.041	
	Control Psicológico Paterno	.124	.058	.122*	.021	.012
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía Paterna	-.151	.055	-.170***	.021	

*** $p < .001$; * $p < .05$

Por último, en la tabla 14a se presentan los efectos por sexo de las prácticas paternas sobre la dimensión de control personal. En el caso de los varones, en el primer paso se agrupó la dimensión de comunicación y control conductual paterno [$F(1, 350) = 4.36, p < .05$]. En las mujeres, en el primer paso se integró la dimensión de control psicológico paterno [$F(1, 429) = 12.96, p < .001$].

Tabla 14a

Prácticas paternas como predictoras de la dimensión de control personal por sexo del hijo.

Hombres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Comunicación y Control Conductual Paterno	.082	.039	.111*	.012	
Mujeres		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1	Autonomía Paterna	.131	.036	.171***	.029	

*** $p < .001$; * $p < .05$