



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

**LAS EMOCIONES POSITIVAS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONSUMO DE
ALCOHOL EN UN GRUPO DE UNIVERSITARIOS MEXICANOS**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
LAURA GRACIELA CORTINA GUZMÁN

TUTOR PRINCIPAL

DRA. SHOSHANA BERENZON GORN
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. MARIA ELENA MEDINA MORA E ICAZA
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
DRA. MARGARITA TARRAGONA SÁEZ
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM
DRA. MARCELA ALEJANDRA TIBURCIO SAINZ
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

MÉXICO, D. F. MAYO 2014



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.

DEDICO ESTE TRABAJO A

Mis padres Elvira Guzmán Vanmeeter (q.e.p.d) y Carlos Cortina Díaz (q.e.p.d) por el infinito amor, lecciones de vida, motivación y complicidad para realizar mis metas.

Especialmente por ser las estrellas que me guían.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México la casa donde he definido mi proyecto de vida académico.

A la Dra. Shoshana Berenzon Gorn directora de esta tesis, por compartir sus conocimientos y experiencia profesional. En especial por la confianza que me ha brindado y por motivarme a ser mejor profesionista.

A la Dra. María Elena Teresa Medina-Mora Icaza por compartir conmigo su erudición y su preciadísimo tiempo. Particularmente por su amistad, generosidad y empatía.

A la Dra. Marcela Alejandra Tiburcio Sainz por su profesionalismo y acompañamiento.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por haberse arriesgado a emprender este viaje conmigo y haberme hecho las aportaciones que indudablemente mejoraron el resultado final.

A la Dra. Margarita Tarragona Sáez por encaminar mi mirada hacia otros horizontes.

Al Dr. Francisco Lorenzo Juárez García por sus esmeradas revisiones y ayuda incondicional para hacer posible lo que parecía imposible. Primordialmente por su inmensa amistad, generosidad invaluable y acompañamiento en “todos” los momentos álgidos de mi vida personal.

A la Dra. María Silvia Carreño García no sólo por sus consejos para mejorar este trabajo, sino también por su amistad y apoyo emocional.

A Hortensia Murillo, Rosa Arreola, Bertha Estrella, Gloria Anaya, Rosario Gómez, Teresita Álvarez (q.e. p.d) por su apoyo, consejos e incondicional amistad.

A la familia Zamorano Saldaña por su inmenso afecto y motivación constante, pero sobre todo por permitirme compartir este logro como parte de su familia.

A la Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi Directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por su apoyo y facilidades en todo momento para llevar a cabo éste estudio.

A los participantes en el estudio: alumnos y profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y Escuela de Trabajo Social de la UNAM sin los cuales no hubiera sido posible este trabajo.

A CONACYT que me permitió mantener mis estudios de doctorado y concluir a través del proyecto titulado: Indicadores para la integración de la salud mental en el primer nivel de atención: barreras y fortalezas, el cual recibió financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (SEP-2011-C01-166588)

ÍNDICE

Resumen	2
Summary	3
Introducción	4
CAPITULO I.	
El consumo de alcohol y la salud mental en universitarios mexicanos	7
Panorama del consumo de alcohol	8
El consumo de alcohol en los jóvenes mexicanos	13
La salud mental y el consumo de alcohol: protección, promoción y prevención	17
La protección, la promoción y prevención para la salud mental	18
La protección, la promoción y prevención en el consumo de alcohol	25
El papel de las emociones en el consumo de alcohol y la salud mental positiva	27
CAPITULO II	
La psicología positiva	31
Salud mental positiva	34
Conceptos afines a la salud mental	35
La intervención psicológica positiva y la salud mental	38
CAPITULO III	
La promoción de las emociones positivas, fundamento para la salud mental.	44
Definición de las emociones	47
La ampliación y construcción de emociones positivas	50
El fomento de las emociones positivas para lograr salud mental y evitar los problemas relacionados con el consumo de alcohol	54

Justificación	58
Método	59
Objetivo general	60
Objetivos específicos	60
Definición conceptual y operacional de variables	60
Etapa 1. Adaptación de los instrumentos	62
Traducción y retraducción de instrumentos	63
Instrumentos	63
Procedimiento	64
Laboratorios cognitivos para la adaptación de instrumentos	65
Participantes	65
Instrumentos	65
Procedimiento	66
Viabilidad de la aplicación de instrumentos en línea	67
Participantes	67
Instrumentos	68
Procedimiento	69
Etapa 2. Estructura factorial y aplicación de instrumentos	70
Participantes	70
Instrumentos y materiales	71
Procedimiento	71

Consideraciones éticas	72
Resultados	73
Etapa 1. Adaptación de los instrumentos	73
Traducción y retraducción	73
Laboratorios cognitivos	74
Prueba autoaplicable de positividad	74
Cuestionario de componentes sociales y psicológicos	81
Viabilidad de la aplicación de instrumentos en línea	85
Etapa 2. Estructura factorial y aplicación de instrumentos	87
Estructura factorial de instrumentos	87
Prueba autoaplicable de positividad	88
Cuestionario de Componentes sociales y psicológicos	90
Evaluación representativa de las variables planteadas tras la aplicación de instrumentos	94
Expresión de emociones positivas y negativas	95
Manifestación de la salud mental floreciente y de la languidez	99
Configuración de los elementos sociales y psicológicos	100
Conformación de los estilos de afrontamiento	102
Situación del consumo de alcohol	105
Identificación de emociones de acuerdo al nivel de consumo de alcohol	107
Relación entre los niveles de consumo de alcohol con las emociones, componentes sociales y psicológicos y de afrontamiento en universitarios.	108

Discusión y conclusiones	111
Experiencias en la realización del trabajo de campo	127
Ventajas e inconvenientes del trabajo de campo	128
Consideraciones para lograr una mejora de la modalida de la respuesta en línea e involucramiento de los participantes	130
Alcances y limitaciones	131
Estrategia para promocionar la salud mental positiva en función de la prevención del consumo de alcohol desde el planteamiento teórico de Fredrickson (2009)	132
Referencias	139
ANEXOS	173

RESUMEN

Múltiples estudios han señalado los efectos negativos del abuso de alcohol, lo cual ha motivado acciones satisfactorias pero originadas del modelo médico enfocado más en la atención que en la promoción o prevención de la salud. Es así que el propósito de este estudio fue conocer la relación entre las emociones con el consumo de alcohol en universitarios mexicanos desde la teoría de Fredrickson (2009). El estudio abarcó dos etapas, la primera consistió en adaptar los instrumentos. En la segunda se obtuvo información de la aplicación vía internet durante dieciséis días. Los resultados indicaron que más estudiantes consumen alcohol sin riesgo y viven más emociones positivas. Sin embargo, el afrontamiento evasivo y cognitivo predijo significativamente el consumo de alcohol.

Palabras clave: Emociones, consumo de alcohol, afrontamiento y prevención.

SUMMARY

Different studies have shown the negative effects of alcohol abuse, which has led to successful actions developed from the medical model in care focused more than promotion and health prevention. The aim of this study was to determine the relationship between emotions and alcohol use in Mexican university students from the perspective of Fredrickson's theory (2009). The study comprised two stages; the first one included the adaptation of the instruments. In the second one, information was obtained during a sixteen day period via an Internet questionnaire. The results indicated that more students consume alcohol without risk and live more positive emotions. However, the elusive and cognitive coping significantly predicted alcohol use. Keywords: Emotions, alcohol consumption, coping and prevention.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol se relaciona con diversos aspectos de la vida humana; las interacciones sociales, rituales y actividades ceremoniales le conceden permeabilidad social por lo que es ampliamente aceptado. Esta forma de tolerancia e incluso fomento, ha llevado al consumo abusivo y consecuencias cada vez más graves a nivel individual y social.

En México, los estudios han generado vasta información acerca de los niveles consumo, los aspectos relacionados y las formas para tratar este problema de salud pública. Ahora se sabe que es una de las principales causas de muerte (Urquieta, Hernández & Hernández, 2006) y su presencia tiene los niveles más altos entre la juventud y estudiantes (Medina-Mora, Villatoro et al., 2009; Díaz et al., 2008) lo que conlleva a graves consecuencias sociales y de salud evidentemente previsible (Medina-Mora, Rojas & Real, 2007).

Hasta ahora, se han desarrollado políticas públicas, programas e intervenciones que mantienen un cierto control de consumo y por ende algunas consecuencias negativas. Estas acciones se han enfocado en factores de riesgo y variables deficitarias (Flórez, 2007) que finalmente disminuyen el papel de la promoción de capacidades para enfrentar la situación. Son pocos los estudios encaminados al análisis de los aspectos positivos humanos que anteceden al consumo de alcohol y procuran la salud mental positiva. Actualmente, las investigaciones que se acercan a esta propuesta sugieren examinar científicamente cualidades positivas como las emociones.

Es por ello que el propósito central de este trabajo fue examinar las emociones relacionadas con niveles de consumo de alcohol. En este caso, no se trata de exhibir un patrón o rasgo emocional vinculado al consumo de alcohol, por lo tanto, se presentan datos que son sólo un paso indispensable para generar investigación que promueva la salud mental positiva y coadyuve en México a proyectar nuevas intervenciones en materia de consumo de alcohol.

El primer capítulo, presenta un panorama general de la situación de consumo de alcohol y muestra los efectos del mismo a nivel mundial y en jóvenes de nuestro país. También se menciona el compromiso que tienen la protección, la promoción y la prevención de la salud en esta materia y finalmente se expone el papel que juegan las emociones en este contexto como punto de partida para una iniciativa positiva en la salud mental.

El capítulo dos, ofrece la revisión teórica y científica de la psicología positiva para observar y tratar la enfermedad desde otro ángulo. Los temas abarcan algunas definiciones de salud mental que convergen en la propuesta de salud mental positiva, así como en las intervenciones psicológicas positivas que acreditan el desarrollo de esta iniciativa para el bienestar humano.

El capítulo tres, integra los temas antes mencionados a través de la revisión de los conceptos más substanciales de las emociones y su fundamento para la promoción de la salud mental positiva. También, muestra el planteamiento teórico de emociones positivas y los beneficios del fomento de las mismas para al bienestar. Conjuntamente, señala intervenciones de posible utilidad para la prevención del abuso de alcohol.

Posteriormente, se expone la justificación del estudio, así como los objetivos generales y específicos, además, se describe el método y técnicas utilizadas para el logro de los mismos. Se incluyen traducción y retraducción de los instrumentos, entrevistas cognitivas en su modalidad individual y la comprobación de instrumentos preliminar a la aplicación final.

Posteriormente, se presentan la estructura factorial y resultados de fiabilidad. Igualmente, se detalla la información derivada del análisis de datos sobre la presencia emocional, la positividad, los estilos de afrontamiento, los componentes sociales y psicológicos, la situación del consumo de alcohol y la relación que existe entre estos factores.

De acuerdo a lo anterior, se expone la discusión en torno a las evidencias; se resalta la consideración de aspectos positivos en la situación de consumo de alcohol en estudiantes

universitarios. Posteriormente se presentan la conclusión subrayando la contribución de este trabajo al conocimiento de las perspectivas positivas considerando las limitaciones y alcances. Al final, se presenta una estrategia para promocionar la salud mental positiva en función de la prevención del consumo de alcohol en universitarios desde el planteamiento teórico de ampliación y construcción de emociones positivas de Fredrickson (2009).

CAPÍTULO I

El consumo de alcohol y la salud mental en universitarios mexicanos

Existen diversas investigaciones que han documentado el consumo de alcohol como un problema a nivel mundial; estos estudios han permitido conocer las tendencias de la cantidad de alcohol que se consume en un país, los patrones de consumo más frecuentes y la ocurrencia del problema en diferentes grupos poblacionales, también, han informado sobre las enfermedades, lesiones, discapacidad e incluso número de muertes que determinan el impacto que tiene la ingesta de alcohol en la salud individual y colectiva (Robledo, 2002; Room, Babor & Rehm, 2005).

De tal manera, se reconoce a nivel mundial que uno de los principales problemas de salud pública es el consumo nocivo¹, el cual ha llevado drásticamente a la morbilidad y a la mortalidad prematura, que por supuesto, son previsible, si se toma en cuenta que beber con moderación tiene efectos protectores atribuibles a ciertas condiciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006; 2008). En este sentido, los jóvenes han conformado un grupo altamente vulnerable a las consecuencias del abuso en el consumo, por lo que las naciones continuamente realizan grandes esfuerzos para promover la salud y prevenir los altos costos sanitarios y sociales que devienen de esta conducta.

Es así que para ilustrar la ocurrencia del fenómeno, a continuación se presentan diversas fuentes a nivel nacional y mundial, asimismo, se mencionan algunos datos sobre el uso del alcohol para proteger la salud que son de interés para el desarrollo de este estudio.

¹La OMS (2002) Se refiere a un patrón de consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y más de 60g al día en hombres, que conlleva a consecuencias para la salud física y mental.

Panorama del consumo de alcohol

Actualmente, la investigación y los datos científicos demuestran la complejidad y el carácter multidimensional del consumo de alcohol; permiten diferenciar las diversas consecuencias de éste e ilustran acerca de sus efectos en la salud. A nivel mundial, se calcula que aproximadamente dos billones de personas consumen bebidas alcohólicas, y el 3.2% de las defunciones anuales son el resultado de tal conducta, los problemas derivados del consumo equivale al 4% a la carga global de enfermedad y se relaciona con más de sesenta condiciones de salud (World Health Organization [WHO], 2002)

Por otra parte se estima que las circunstancias neuropsiquiátricas asociadas representan casi el 40% de la carga general de la enfermedad (WHO, 2002) y que las lesiones no intencionales suman un tercio del total de las muertes, además se considera que entre el 10 y 18% de los lesionados que reciben atención médica urgente están relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas (WHO, 2007).

En el continente americano, el consumo de alcohol es 50% mayor que en el resto del mundo por lo que es el principal factor de riesgo para la salud (Rehm & Monteiro, 2005). En el año 2000 causó casi el 10% de los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) y el 5.4% de muertes, superando el promedio mundial (3.7%). Además, el 50.5% de las muertes se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales) de las cuales entre el 20 y 25% fueron lesiones fatales por accidente de tránsito. Aunado a lo anterior, están la reducción de la productividad laboral, las lesiones deportivas y de ocio, el comportamiento violento y las fatalidades automovilísticas del conductor y a peatones (Rehm et al., 2006; Monteiro, 2007).

En Europa, España se reconoce entre los diez principales países productores de cerveza y vino a nivel mundial, y como el octavo país con mayor consumo de la región (Calafat, 2002) por lo que la ingesta tiene una amplia aceptación social. El patrón de consumo de esta

sociedad se había caracterizado por un uso diario durante las comidas, recientemente reporta un uso intenso de alcohol los fines de semana (Calafat, et al., 2005). Al respecto, los estudios documentan un consumo diario prevalente de un 10% entre la población, pero el abuso se presenta en los jóvenes estudiantes con 20 y 30 años de edad (Brugal, Rodríguez & Villalbí, 2006). Asimismo, señalan el inicio de la ingesta entre los 14 y 15 años de edad y el abuso de la bebida se presenta entre el 20% de ellos (García del Castillo, Sánchez, & Soler, 2006; Moya, 2008) lo que los expone más a sufrir graves consecuencias de salud a temprana edad.

Las estadísticas en Estados Unidos, revelan que el 64% de personas de 12 a 25 años de edad beben alcohol y casi el 39% son jóvenes, de los cuales el 17% bebe en exceso. De igual forma, un alto porcentaje de hombres (67%) y mujeres (59%) estudiantes reportan ingerir bebidas embriagantes (National Household Survey on Drug Abuse [NHSDA], 2001). Estos datos son de relevancia al considerar que uno de cada cuatro jóvenes menores de 18 años está expuesto al abuso y/o dependencia de alcohol por parte de la familia (Grant, 2000). Esto se explica porque la prevalencia de abuso y dependencia fue de 7.4% entre 1991 y 1992 con un aumento de importancia (8.5%) entre los años de 2001 y 2002 representando a 17.6 millones de adultos americanos en estas condiciones (Grant et al., 2006).

En otros países como Colombia, se ha reportado que más del 80% de las personas son bebedoras de alcohol (Gantiva, Gómez & Flores, 2003) y que los jóvenes conforman una alta proporción (75%). aunque se ha observado en esta misma población que la mayoría consume moderadamente (60%) ya se revelan importantes casos de riesgo (20%) y dependencia (8%) (Pérez & Vinaccia, 2005). Estas formas de consumo y el número tan alto de bebedores jóvenes pronostican un alto riesgo de sufrir problemas académicos, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, accidentes de tránsito, violencia e inclusive el uso de otras sustancias (Londoño, Valencia, Sánchez & León, 2007; Torres, 2000). Por lo que se asume que cualquier

consecuencia negativa derivada del abuso de alcohol impacta la salud individual y social, independientemente de la etapa del desarrollo en la que se presente.

En Argentina, se ha observado un número menor de personas que consume alcohol (50%) sin embargo, los jóvenes entre los 18 a 24 años de edad tienen la más alta incidencia de consumo (32%) comparada con otros grupos de edad. Además cuenta con un importante porcentaje de bebedores excesivos (37%) con mayor presencia en hombres (44%) que en mujeres (29%) las cuales de igual forma están expuestas a los problemas asociados a la embriaguez. (Observatorio Argentino de Drogas [AOD], 2006)

En México, las encuestas realizadas a nivel nacional sobre el uso de sustancias revelan que cada vez existe una menor percepción de riesgo y una permisividad social mayor por lo que es evidente la tendencia al incremento del consumo de alcohol. Una revisión de los datos de las tres últimas encuestas de adicciones, reveló que ha habido un incremento significativo del consumo de alcohol entre los años de 2002 y 2011 (Medina-Mora et al., 2002; Medina-Mora et al., 2012). De modo que hubo un incremento de un 5.1% en la cantidad de mexicanos que consumen alcohol.

En población adulta (18 a 65 años) la prevalencia creció significativamente, más de un 4%, y las que más aumentaron esta práctica fueron las mujeres (37.1% a 43.2%). No obstante, el consumo excesivo en ambos sexos disminuyó, pasó de un 7% en 2008 a 6.3% en el 2011, no siendo así para las personas dependientes al alcohol que aumentaron significativamente en los hombres (9.6% a 11.8%) al igual que las mujeres (.7% a 1.7%). En la tabla 1 pueden observarse los cambios en la proporción de bebedores adultos mexicanos.

Igual que en 2008, en 2011 se advierte de un mayor número de jóvenes menores de 17 años que han comenzado a ingerir bebidas alcohólicas lo que significa que las nuevas

generaciones continúan imitando los patrones de consumo de los adultos, lo cual como ya se mencionó, favorece condiciones que ponen en riesgo la salud

Tabla 1.

Cambios en la proporción de adultos mexicanos (18-65 años) consumidores de alcohol: 2002 – 2011

	Medición 2002	Medición 2008	Medición 2011	
	%	%	%	IC 95%
Prevalencia total	51.3	48.6	55.7	54.280-57.165
Prevalencia Hombres	69.5	62.6	69.3	67.323-71.318
Prevalencia Mujeres	37.1	35.9	43.2	41.259-45.184
Consumo excesivo	6.5	7.0	6.3	5.577-6.955
Dependencia hombres	9.6	9.8	11.8	10.508-13.148
Dependencia mujeres	.7	1.7	1.7	1.277-2.193

Nota. Proporción de adultos mexicanos bebedores de alcohol de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008 y 2011 (Medina-Mora et al., 2002; Medina-Mora, Villatoro et al., 2009; 2012).

En general estas mediciones revelan que el consumo típico de grandes cantidades por ocasión ha generado mayor dependencia y problemas asociados. Por tanto, entre las consecuencias reportadas están principalmente las dificultades con la familia, autoridades policiacas y accidentes automovilísticos (Medina-Mora et al., 2002; Medina-Mora, Villatoro et al., 2009).

Al respecto, datos señalan que el 13% de pacientes que ingresan a servicio médico por accidentes automovilísticos, presentan concentraciones positivas de alcohol en sangre y reportan haber consumido bebidas embriagantes seis horas antes del percance (Borges et al., 2005). Además ésta conducta provoca 31 mil muertes anuales, incluyendo causas violentas

(76%) homicidios (26%), suicidios (14%) y accidentes (37%) de entre los cuales 24% son de tránsito (Medina-Mora, Robles, Cortina & Real, 2009).

Todo lo anterior hace pensar que el consumo de alcohol es un problema en sí mismo, sin embargo, una ingesta esporádica o continua en dosis moderadas no genera inconvenientes (Ellison, 2007) ni para el usuario ni para la sociedad. Reconocer la diferencia entre lo perjudicial o benéfico que puede ser beber alcohol implica tener un punto de separación entre el uso y el abuso.

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana, el uso hace referencia al consumo esporádico que no lleva a consecuencias negativas ni pone en riesgo al individuo o la sociedad, en contraparte, el abuso es considerado un uso continuado con consecuencias físicas y sociales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2005). No obstante, para establecer que el uso es la manera certera para desaparecer o evitar los riesgos e incluso lograr algunos beneficios a la salud, es necesario insistir en la cantidad adecuada a ingerir y en la existencia de las diferencias individuales y sociales.

Algunos estudios demuestran los límites en cuanto a la cantidad de alcohol a ingerir y sus beneficios. El uso de alcohol de entre 30 g/día máximo para los hombres y 20 g/día para las mujeres se asocia a una disminución de infarto al miocardio (Estruch et al., 2006) y a una incidencia menor de cardiopatía isquémica en un 10 a 30% en personas asintomáticas y de un 30 a 40% en pacientes con enfermedad coronaria, además reduce en un 37% en el riesgo de sufrir un infarto (Janszky et al., 2008).

En el contexto social, las cantidades moderadas de alcohol favorecen la interacción social, permiten la desinhibición y generan una mejor forma de relacionarse con otros, además, reducen la ansiedad y producen placer (Barriguete, 2006) de tal manera que actúa como un “lubricante social” (Pérez, 2007).

Otros beneficios se encuentran relacionados al tipo de bebida: la cerveza puede mejorar la alimentación con respecto a las vitaminas del grupo B en adultos sanos (Romeo, Díaz, Gonzalez-Gross, Wärnberg & Marcos, 2006), el vino tinto posee una función antioxidante y antiinflamatoria que reduce en un 30% el riesgo cardiovascular, en un 75% la posibilidad de enfermedad de Alzheimer y en un 80% la presencia de demencia senil. En particular, se ha demostrado que el vino Cabernet Sauvignon evita la pérdida de memoria y retarda el envejecimiento (Pacheco, 2009).

De acuerdo con lo descrito, se subraya la presencia de una gran variedad de aspectos involucrados en la conducta del consumo de alcohol para la consecución de la salud individual, familiar y social (Castillo & Leyva, 2005), sin embargo, también se destaca la necesidad de optar por la disminución del consumo para aminorar las consecuencias del abuso y los riesgos a la salud que como se verá más adelante dimensiona a los jóvenes como un grupo vulnerable (Solís, Cordero, Cordero & Martínez, 2007).

El consumo de alcohol en los jóvenes mexicanos

Si bien es cierto que el consumo de alcohol se puede localizar en diferentes etapas de la vida, generalmente, la literatura hace marcado énfasis en considerar la etapa de la adolescencia como la más sensible a las consecuencias del consumo de alcohol, sin embargo, de igual importancia lo es en la adultez joven, ya que la capacidad productiva y la salud propia de esta etapa se ven vulneradas por una conducta de consumo abusiva.

En este sentido, la salud de los jóvenes deriva no sólo de atender los problemas o conductas inadecuadas, sino del pleno desarrollo, entendido como el proceso continuo a través del cual se logra la satisfacción de necesidades y se despliegan competencias, habilidades y redes sociales (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola, 2003). Durante tal proceso, el ámbito escolar brinda las funciones de formación, educación y socialización como bases para la toma de

responsabilidades a futuro (Carrasco, Barriga & León, 2004). Sin embargo, también se presentan las presiones sociales; los cambios en los roles y valores sociales, las demandas educativas y de grupo social (Brugal et al., 2006) que interaccionan en un ambiente de competitividad, ocio y diversión (Urquieta et al., 2006) acentuando una alta probabilidad de consumo de alcohol.

De tal forma que, el pertenecer a una institución educativa desempeña un rol primordial en la juventud, pero también es un factor que involucra procesos sociales, de salud que pueden relacionarse a la dinámica de consumo de alcohol.

En México, los hombres y mujeres que comienzan la adultez y pertenecen a una institución escolar, mantienen prácticas de consumo de alcohol con un alto índice (cinco copas o más por ocasión) en las que cada vez las mujeres tienen una mayor participación (Ortiz et al., 2007).

Un estudio realizado en la Ciudad de México enmarcó y cuantificó la relación entre el uso de alcohol y las lesiones no fatales sufridas en un grupo de edad de personas mayores de 18 años que se atienden en una sala de urgencias, los datos resaltan los lugares donde se ha sufrido una lesión (la propia casa, la casa de otra persona, la calle/carretera, la escuela, el lugar para beber y el lugar de trabajo). De una muestra de 705 personas, los hombres sufren más lesiones relacionadas al alcohol (60%) y se accidenta con más frecuencia en la calle (58.8%) comparado con las mujeres (56%) que lo vivió en propia casa o de otra persona. Respecto al tipo de accidente, 34% de las personas fueron lesionadas por violencia (golpes infringidos por otra persona) en relación a los que no consumieron (16%) (Orozco, Borges, Mondragón & Monroy-Nasr, 2005).

Los Exámenes Médicos Automatizados (EMA) realizados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a los estudiantes de nuevo ingreso para identificar a aquellos alumnos que presenten riesgo escolar y personal, indicó que en las mediciones del EMA

2003 a 2004 el consumo de alcohol incrementó 44.7% a 65% en ambos sexos. El consumo de 1 a 3 veces al año se incremento casi al 24% y el de una vez al mes fue de 97%. Entre los años 2003 y 2006, 76% de todos los estudiantes de nuevo ingreso a la UNAM han consumido alcohol, el 22% perteneció al Nivel Medio (NM) y casi un 50% a Nivel Medio Superior (NMS) (González de Cossío, 2006).

Un estudio en 37 planteles de la UNAM a NM y NMS para conocer patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados en estudiantes de la UNAM en el año 2005, evaluó el patrón de consumo excesivo en un total de 57,167estudiantes (53% mujeres y 47% hombres) y encontró que a NMS el 28% consumía alcohol en exceso, de estos el 15% lo hacía con un consumo dañino, el 11% peligroso y 2% revelaba dependencia. Respecto a las mujeres, el 19% bebían excesivamente, 10% tenía un consumo dañino, 8% peligroso y 1% mostraba dependencia, en el caso de los hombres, el 37% presento consumo excesivo, 20% consumo dañino, 14% peligroso y 3% expresaba dependencia (Díaz, 2006).

Otro estudio en la UNAM cuyo objetivo fue conocer la prevalencia del consumo riesgoso y daño de alcohol y examinar los factores de riesgo y protección de ese consumo en 24,921 estudiantes de primer ingreso, a través de la prueba de tamizaje The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) mostró que el 18.4% de los estudiantes presentaba consumo riesgoso y dañino. La frecuencia y el mayor riesgo de ser afectado por consumo riesgoso y dañino los tuvieron los grupos de edades comprendidas entre 20 a 22 y de 23 a 25 años, así como los hombres que tenían un mayor ingreso económico mensual. Sólo en las mujeres una mayor educación de los padres fue factor de probabilidad. Contrariamente, para ambos sexos se disminuye el riesgo de consumo riesgoso y dañino en aquellos estudiantes que manifestaron estar casados. El estudio concluyó que el consumo riesgoso y dañino entre los estudiantes de nuevo

ingreso a la UNAM, es un problema frecuente relacionado con aspectos que facilitan la disponibilidad al alcohol (Díaz et al., 2008).

Un mayor riesgo de iniciar el uso de otras drogas para hombres como para mujeres estudiantes es haber iniciado previamente el consumo de alcohol, así como provenir de un nivel socioeconómico alto y vivir en áreas urbanas (Herrera, Wagner, Velasco, Borges & Lazcano, 2004). Del mismo modo las expectativas positivas como la facilidad de la interacción grupal y la reducción de la tensión, el aumento de poder y sentimientos de agresividad que mantienen los jóvenes en relación al consumo de alcohol, son predictores de consumo excesivo y problemas relacionados (Mora-Rios, Natera & Juárez, 2005) También, el consumo excesivo contribuye al desarrollo de ansiedad y depresión, que ocasiona desadaptación social, deterioro de la expresión emocional y trastornos de conducta (Mariño, Berenzon & Medina-Mora, 2005).

La evidencia ha demostrado que los hijos de padres consumidores poseen un alto riesgo de ser consumidores de alguna sustancia (Chassin, Carle, Nissim-Sabat & Kumpfer, 2004). Así mismo, estudios genéticos muestran que existe un mayor riesgo entre los hijos de hombres alcohólicos (que iniciaron el consumo antes de los quince años de edad) y tienen en el árbol genealógico parientes alcohólicos, aunque el riesgo disminuye a la mitad en las hijas, exista la susceptibilidad de mayor riesgo en la familia (Kumpfer, Smith & Summerhays, 2008).

Los datos presentados en esta sección evidencian que existe un grupo importante de nuestros jóvenes que se encuentran en riesgo de desarrollar problemas derivados del consumo de alcohol. Sin embargo y como se verá en las siguientes apartados, existen diferentes propuestas que se enfocan en fortalecer las conductas saludables de los individuos para disminuir las probabilidades de que se presenten las enfermedades en general y los problemas de alcoholismo en particular.

La salud mental y el consumo de alcohol: protección, promoción y prevención.

La idea de la salud se ha basado en la mediación de factores, sociales, económicos y culturales, por lo que se podría definir en función de cada uno de estos, sin embargo, para compendiar su interrelación se emplea una definición. La definición más influyente y actual es la que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) y se refiere a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Dicho escenario representa un desafío para la salud pública, ya que su ejercicio requiere de la implementación de estrategias que protejan la salud, promuevan el desarrollo de la salud mental, prevengan la aparición de enfermedades mentales y perciban a las personas en un marco amplio y global.

En este sentido, la salud mental es una parte indivisible de la salud que vislumbra un enfoque holístico, ya que involucra la capacidad de las personas para adaptarse a cambios, enfrentar crisis, establecer relaciones significativas, participar en su comunidad y encontrar sentido en la vida (OMS, 2004). Esta sinergia hace hincapié en la necesidad de proteger la salud mental a través de políticas públicas que reduzcan las inequidades sociales y económicas, que aseguren el acceso igualitario a la atención de la salud y que mejoren la calidad de vida (OMS, 2001) proporcionando a las personas los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud (OMS, 2000). Estas acciones deberán motivar conductas positivas y cambios en el estilo de vida para así sustentar la protección, promoción y prevención que se requiere para la salud.

Específicamente, el consumo de alcohol, que forma parte de los problemas de salud mental que comprometida por el consumo de alcohol, representa uno de los riesgos más serios y uno de los retos con mayor compromiso para la salud pública, dado que su salvaguarda ha correspondido únicamente a la prevención centrada en reducir comportamientos problemáticos a

la par de síntomas negativos y otros trastornos mentales asociados, no obstante, el uso y abuso persisten y el impacto a la salud mental también.

En este sentido, la OMS (2000) recomienda realizar estudios que abarquen además de los indicadores clásicos de salud, indicadores de desarrollo y resiliencia, entre otros, por ejemplo, cuántos adolescentes se sienten seguros en su entorno, cuántos adolescentes están conformes con su imagen corporal, cuántos jóvenes son violentos o participan en pandillas juveniles, y qué perspectivas de futuro tienen. Dicha información encierra un sustento para la promoción de la salud, el cual se representa en un ahorro ulterior para la salud (Maddaleno et al., 2003) ya que entraña la base para generar estilos de vida que han de llevar a cambios positivos de conducta y por ende a la capacidad para afrontar con mayor certeza la decisión de consumo.

La protección, la promoción y la prevención para la salud mental

Como se mencionó, la salud mental implica un proceso de interrelación física, mental y social que influye en el bienestar e involucra un deseable funcionamiento efectivo de las personas. En ese sentido, la salud pública se avoca a reconocer ese carácter multidimensional y realiza acciones concretas de protección, promoción y prevención de la salud (Childress et al., 2002).

En primera instancia, la protección de la salud se considera un valor social que exige educar a las personas, a las comunidades e instituciones públicas, no gubernamentales y privadas para que asuman la responsabilidad de conservar y mejorar la salud y el bienestar, tanto a nivel individual como colectivo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000). En tal sentido, involucra la responsabilidad social para conseguir que la población tenga acceso al cuidado de su salud (Rosenberg & Andersson, 2000). De esta manera, es entendida como la

garantía por parte del Estado a un derecho exigible de la población y no como una función de tipo asistencial (OPS, 2002a).

Al respecto, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud acordaron como principio internacional fundamental que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (López et al., 2008). Por su parte, la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1966) en el pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fechado el 16 de diciembre de 1966, en su artículo 12 protege “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El derecho a la salud plantea equidad en salud, es decir, la ausencia de diferencias entre grupos con desiguales niveles que enmarcan la ventaja o desventaja social (riqueza, poder o prestigio) y en las inequidades de manera sistemática, que ponen a grupos de personas que ya están en desventaja social en situación de mayor desventaja con respecto a su salud (Braveman & Gruskin, 2003).

Por lo tanto, la protección contra riesgos específicos de los individuos y grupos, involucra la participación entre éstos y sus ambientes e involucra la implementación de acciones para prevenir la enfermedad y el riesgo de enfermar (Restrepo, 2001), y también, labores dirigidas a la promoción de la salud mental (PSM).

La promoción de la salud mental es un concepto amplio e incluye el interés para lograr resultados positivos en la población (OPS, 2002a) como lo es el ejercicio pleno de las personas y comunidades para mejorar la salud (OPS, 2002). Este ejercicio pleno depende de ciertos determinantes que pueden mejorar o amenazar el estado de salud, tales como las decisiones personales (controlados) o las características sociales, económicas y ambientales (no controlados) (OMS, 2004)

Los determinantes para la promoción de la salud fueron reconocidos en 1974 como resultado del informe Lalonde en Canadá, donde factores sociales y ambientales se consideraron relacionados a la salud. Posteriormente, en la Declaración de Alma Ata en 1978, se precisó la atención primaria en salud como el primer modo de contacto de la población con el sistema sanitario y se determinó la participación comunitaria como el medio por el que se asumen las responsabilidades para la salud y el bienestar.

En 1986 en Ottawa Canadá, se realizó la primera conferencia sobre promoción de la salud, donde surgió el documento más importante en la materia, el cual identificó que el balance de aspectos sociales y económicos como la paz, la justicia social, los ingresos, entre otros, eran necesarios para la salud. Se destacó por tanto el fortalecimiento de actividades clave para la salud y el desarrollo.

Acciones propuestas en la carta de Ottawa para promover la salud:

1. La elaboración de una política sana. La salud debe formar parte de los responsables de los programas políticos, en todos los sectores, a todos los niveles y con varios enfoques entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos para la acción coordinada práctica de política sanitaria. Las políticas de promoción de la salud comprometen una mayor equidad, la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, la higiene de los servicios públicos y del medio ambiente para favorecer la salud aun en aquellos sectores no directamente implicados en la misma.
2. La creación de ambientes favorables. Se pone de relieve que la protección y la conservación tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, es una responsabilidad mundial. Así, la evaluación sistemática sobre el medio ambiente debe ser prioritaria en todas las estrategias de promoción de la salud, de manera que

se garantice el perfil positivo de los cambios y el menor impacto sobre la salud pública.

3. El reforzamiento de la acción comunitaria. La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad sobre las prioridades, las decisiones, las estrategias, y las acciones para lograr un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene de la posesión y del control que tenga sobre sus propios empeños y recursos para estimular su independencia, por lo que requiere de total y constante acceso a la información, a la instrucción sanitaria y la ayuda financiera.

4. El desarrollo de las aptitudes personales. La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas.

5. La reorientación de los servicios sanitarios. La responsabilidad de la promoción de la salud la comparten los individuos, la comunidad, los profesionales de la salud, las instituciones sanitarias y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente y crear las vías de comunicación para adquirir los cambios en la educación, la formación profesional y de organización de los servicios necesarios en torno a las necesidades del individuo.

La Carta de Ottawa (1986) destacó por tanto que, la función de las organizaciones, los sistemas y las comunidades, al igual que los comportamientos y las capacidades individuales,

conducen al logro de la salud (Jané-Llopis, 2004). Posteriormente a ésta promulgación, en las subsecuentes Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud en Adelaide en 1988, en Sundsvall, Suecia, en 1991 y Yakarta, Indonesia en 1997, el interés se mantuvo sobre las políticas públicas saludables para la promoción de la salud.

En la ciudad de México, la quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad” celebrada en junio de 2000, expandió los adelantos logrados en las cuatro conferencias internacionales de promoción de la salud realizada anteriormente. Los acuerdos fueron: fortalecer la planificación de actividades de promoción de la salud, asignándoles una alta prioridad en las políticas y los programas locales, regionales, nacionales e internacionales. Desempeñar una función de liderazgo ante todos los sectores gubernamentales y actores de la sociedad civil para que participen en la ejecución de actividades de promoción para la salud. Emplear los medios disponibles para apoyar la preparación de planes de acción nacionales de promoción de la salud y adaptarlos a las circunstancias de cada país. Y Establecer las redes nacionales de promoción de la salud y recomendar a los organismos de las Naciones Unidas que consideren el efecto que tienen los programas de desarrollo para la salud. (OPS, 2001).

Así, la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se concentró en lograr una mayor equidad tanto dentro de los países como entre los países. Se reconoció que la equidad es vital en el concepto de promoción de la salud.

Por tanto, las intervenciones para la promoción deben dirigirse a debilitar los factores que mantienen la mala salud en determinados grupos de la población, entornos particulares, laborales y comunitarios (López et al., 2008) y deben emplear los medios de comunicación, la escuela y programas de concienciación pública considerados parte del enfoque de promoción de la salud (Howat, Sleet, Elder & Maycock, 2004).

Todos esos aspectos son considerados y señalados en la evidencia transcultural como elementos para promover la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. La salud mental positiva se define como el conjunto de rasgos claves que abarcan el estado de bienestar y el estado de mente positiva (OMS, 2004). Por ejemplo, las acciones encaminadas a motivar mejores condiciones de vivienda, nutricionales, de educación y de desarrollo de habilidades, resultan de estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, en un control consciente de los acontecimientos de la vida, en relaciones sociales gratificantes, en la expresión de emociones positivas e integración social (OMS, 2004b).

En resumen, el objetivo de la promoción de la salud mental es aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancias de salud y reducir las diferencias de salud entre los países y grupos (OMS, 2004a) así como mantener un estado óptimo físico y mental para prevenir los posibles riesgos a la salud.

En lo que respecta a la prevención, se concibe como una única acción del sector sanitario que considera la exposición de los individuos y las poblaciones a factores de riesgo a menudo asociados a diferentes comportamientos que de igual manera implican riesgo. Sin embargo, ésta se complementa con la promoción, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social, ya que también es considerada una estrategia de atención primaria con perspectiva integral y en diferentes niveles del sistema de salud (Redondo, 2004).

De manera que, su aplicación implica considerar el nivel al que se va intervenir para mejorar la salud de la población. Las intervenciones de prevención se categoriza en: universal, selectiva e indicada (Ashery, Robertson & Kumpfer, 1998).

1. La prevención universal: intervenciones dirigidas a toda la población (nacional, comunidad local, escuela, barrio) que no ha sido identificada sobre la base de mayor riesgo.

2. La prevención selectiva: Intervenciones dirigidas a individuos o subgrupos de la población total que se consideran en mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental.

3. Prevención indicada: Intervenciones dirigidas a las personas que están en alto riesgo; muestran signos de peligro mínimos detectables que pronostican el inicio de un trastorno mental o predisposición para el desarrollo del mismo sin cumplir el criterio por trastorno mental.

Debido a que el trabajo de la prevención para la salud asume la reducción de los síntomas y trastornos mentales, también se considera como un trabajo de promoción para la salud (Redondo, 2004). Las evidencias muestran que la amplia gama de estrategias en la prevención, contribuyen a reducir otros problemas, por ejemplo, intervenir en edades tempranas de la vida prolonga su impacto durante la vida adulta e incluso entre generaciones (OMS, 2001; 2004).

Por lo tanto, los programas y las políticas para la salud mental se establecen para reducir los riesgos, fortalecer los factores de protección, disminuir los síntomas psiquiátricos y de discapacidad, evitar la aparición de algunos trastornos mentales y mejorar la salud mental positiva (OMS, 2004a) aspectos que implican una concepción holística de la promoción y una conciencia sanitaria que trasciende la enfermedad e involucra la prevención, la información y el conocimiento para una vida saludable.

Así, se señala la importancia de la promoción de la salud mental positiva y de la prevención como un complejo proceso que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, con interacción e integración entre sí, de manera que se supere el paradigma biologicista (Ramos, 2006) y deje de considerarse únicamente un compromiso individual y ubicado en la medicina (Alcántara, 2008).

Hasta el momento se han revisado de manera general las propuestas de la salud pública y la gestión de la salud mental positiva para cuidar de la salud, la siguiente sección se retomaran esta propuesta para el manejo específico del consumo de alcohol.

La protección, la promoción y la prevención en el consumo de alcohol.

Como se ha mencionado, la protección, la promoción y la prevención para la salud mental constituyen el marco a través del cual se dirige el trabajo que procura la salud, éste se establece bajo normas y acuerdos internacionales que han de ser considerados para su aplicación en cada nación.

En el marco legal de nuestro país se establecen una serie de leyes y normas (Artículo 4° Constitucional y 2° de la Ley General de Salubridad) que hacen referencia al derecho que tienen los mexicanos a la protección del consumo de drogas, incluido el alcohol. No obstante, también se han realizado ciertas acciones en torno al consumo de alcohol básicamente desde la prevención. Estas acciones aún sin los alcances esperados, han reducido la contribución que al respecto puede tener la promoción.

Una promoción de la salud eficaz para el consumo de alcohol es aquella que fortalece las habilidades y capacidades de las personas, de los grupos y comunidades para ejercer control sobre los determinantes involucrados (Howat, et al. 2004). En este sentido, la promoción de la salud implica una combinación de aspectos de educación, de comportamiento, ambientales y de políticas que proporciona un marco útil para la conceptualización e implementación de acciones para reducir el consumo de alcohol, entre la cuales están la disuasión a los menores de consumir alcohol, informar sobre los daños ocasionados por el abuso del consumo de alcohol, patrocinio de responsabilidad social empresarial y control de la publicidad, entre otros (OMS, 2006).

De esta manera, el programa promotor y preventivo del consumo de alcohol contempla variables cognitivas, conductuales, afectivas y personales para fomentar la salud mental y adquirir conductas saludables. Pero generalmente el enfoque está centrado en el trabajo de los factores de riesgo y variables deficitarias humanas (Flórez, 2007).

De acuerdo a la prevención, la reducción de los daños relacionados al consumo de alcohol, requiere la marcada participación de la atención primaria para identificar a las personas con consumos de riesgo o perjudicial. Al respecto, Moral, Sirven, Ovejero y Rodríguez (2004) refieren la prevención en adicciones como un proceso de aprendizaje sobre conceptos, procedimientos, habilidades personales y sociales para disminuir la prevalencia, retrasar la edad de inicio y además reducir los daños asociados al consumo de alcohol (Secretaría general de sanidad, 2007).

En este contexto, Babor y Caetano (2005) refieren que de entre varias opciones de políticas de alcohol utilizadas en el mundo para prevenir o reducir los problemas relacionados con el alcohol; la educación sobre alcohol en escuelas produce poco o ningún impacto y que acciones menos populares como el impuesto sobre el alcohol tienen mayor impacto.

Para América, las políticas de alcohol como la aplicación de impuestos, las leyes para el control al manejar en estado de ebriedad, las asesorías breves y la prohibición publicitaria son rentables y producen un mayor beneficio (Monteiro, 2008). A la par de algunas políticas públicas, las intervenciones breves basadas en la Teoría del Aprendizaje Social, han demostrado 25% de reducción en el consumo de alcohol en la mayoría de las personas (OMS, 2004b) por lo que son programas costo-eficientes para la reducción de los patrones de abuso de alcohol (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Velázquez, 2008).

Ante esta perspectiva, los avances de resultados en intervenciones preventivas basadas en éste modelo teórico para el consumo de sustancias están comprobados por su eficacia

y eficiencia². Sin embargo, las variables mediante las cuales se aborda la prevención de la salud se encuentran enmarcadas como enfermedad, riesgo y problema, por lo que los objetivos de guiar, informar, sensibilizar y educar se ubican bajo un enfoque de factores de riesgo (Goncalves & Castellá, 2003; Hernández & Scherer, 2008).

Por lo tanto, promover la salud mental y prevenir los diferentes trastornos, incluidas las adiciones, en un sentido positivo como lo declara la OMS, conlleva el estímulo de variables como las emociones positivas, las fortalezas de carácter y la realización de ideales en la vida, entre otras. El objetivo es superar los enfoques fijados en la enfermedad y lograr el desarrollo y permanencia de la salud mental positiva. Estos aspectos serán abordados en las subsecuentes secciones, subrayando la importancia de las emociones y la viabilidad de su inclusión en el ejercicio de la promoción de la salud mental dirigida a jóvenes.

El papel de las emociones en el consumo de alcohol y la salud positiva en la juventud

En la juventud, los trastornos de salud mental, las conductas agresivas y/o antisociales y los comportamientos de riesgo sexual, violencia, delincuencia y accidentes conforman un fenómeno complejo en la dinámica de consumo de alcohol, pero si a esto se suma la gran variedad de razones que se le atribuyen, las estrategias de afrontamiento y los procesos motivacionales, aumenta su complejidad y formas de abordaje.

Es en este contexto un aspecto poco considerado al momento de crear estrategias e implementar acciones contra las causas y consecuencias de consumo, es el de regular las emociones, tanto positivas como negativas.

² En el caso concreto de Salud Pública y específicamente de las intervenciones, la eficacia: es el plan diseñado que se alcanzan con éxito; la efectividad, es el logro de acciones que en cierta medida han sido beneficiosas para la persona o población para la que ha sido diseñado el programa, pero que no alcanzan el éxito; la eficiencia, es la toma de decisiones a partir de los resultados relacionados con los recursos empleados en el programa (Bouza, 2000).

La regulación emocional es un proceso por el cual se puede influir en cómo son experimentadas y expresadas de manera consciente o inconsciente las emociones (Gross, 2001). Generalmente, se asocia a mecanismos que operan para prolongar las sensaciones agradables o mitigar las desagradables. Ésta permanencia o supresión de las emociones se ha relacionado al uso y abuso del alcohol, incluso, con beber moderadamente (Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2006).

La tendencia a usar alcohol para regular emociones desagradables se corresponde con la creencia sobre la capacidad del alcohol para mitigar la tristeza, la irritabilidad o la ansiedad, habitualmente presente en personas que experimentan altos niveles de emociones negativas y rasgos de personalidad como el neuroticismo y bajo sentimiento de agrado (Cooper, Agocha & Sheldon, 2000; Loukas, Krull, Chassin, y Carle, 2000). También se sabe que existe un estilo de afrontamiento dirigido a la reducción de la tensión o evitación de emociones negativas, por ejemplo, ante la angustia y como respuesta al agente estresante, se presentan un consumo más alto y más problemas relacionados (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite & Randall, 2001)

Estos estilos de afrontamiento también se vinculan a la depresión (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite & Randall, 2003), a relaciones interpersonales negativas y estados de ánimo negativos mayormente en las personas que beben con más frecuencia en su casa, con su pareja o solos (Mohr et al., 2005).

Aunque la investigación frecuentemente se centra en la comprensión de los mecanismos empleados por las personas para regular emociones negativas y tienen una menor atención en la regulación positiva (Folkman & Moskowitz, 2004), también existen elementos que regulan emociones positivas, frecuentemente utilizados para mantener esos estados (Tugade & Fredrickson, 2007).

En tal sentido, el consumir alcohol para sentirse mejor, implica alcanzar o mantener estados afectivos positivos, por ejemplo, beber para divertirse o para vivir la sensación, están vinculados a las expectativas positivas como la reducción de la tensión, la relajación, la facilitación de relaciones sociales, en las que incluso, se puede llegar a la intoxicación (Read, Wood, Kaheler, Maddock & Palfai, 2003; Chassin, Flora & King, 2004), sin embargo, mantiene la intención de buscar recompensas (Kunstche, Knibbe, Gmel & Engels, 2006) y el deseo de vivir un estado afectivo positivo en particular (Cooper et al., 2008).

Sin embargo, existe una asociación entre el consumo moderado de alcohol y el aumento en los estados animo positivos (El-Guebaly, 2007) que conllevan a menor ansiedad, menor riesgo de enfermedad y menor uso de servicios sanitarios (keyes, 2007).

La evidencia al respecto demuestra que la disminución del abuso del alcohol y el aumento en el bienestar se ven beneficiados cuando se ejercitan emociones positivas (Akhtar y Boniwell, 2010). En este sentido, las emociones positivas son un tema importante de investigación en el campo de la salud mental y el consumo de alcohol, el cual implica promover la salud mental positiva, reducir las conductas que la arriesgan, aumentar la esperanza y probabilidad de vida de manera sana y exitosa para el desarrollo positivo de la juventud (Lerner et al., 2005).

Continuamente los jóvenes, plantean dilemas y constituyen un reto para la prevención y la promoción de la salud mental (Flay, 2002). Dado que lograr el desarrollo positivo de la juventud (DPJ) abarca el acceso a experiencias positivas y oportunidades positivas (Eccles & Gotman, 2002), es pertinente buscar el apoyo en todos los recursos de una comunidad y experiencias sociales, así como el soporte familiar, el cuidado del adulto, la participación activa en la escuela y los grupos de pares (Jones, 2005; Lerner, Almerigi, Theokas & Lerner, 2005a)

para fortalecer emociones que protejan y conlleven a un menor riesgo de la ingesta abusiva de alcohol.

Así, el potencial para influir en la conducta de consumo y prevenir consecuencias negativas, se apoya en el aprendizaje de habilidades e intereses que promueven la salud óptima e indican desarrollo positivo en la juventud, por ejemplo, la conducta prosocial (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Hasta aquí, se abordó de manera general la propuesta de la promoción, la protección y la prevención para la salud y el consumo de alcohol, asimismo, el papel que juegan las emociones en este contexto y que sirven de punto de referencia para abordar un enfoque que nace de la propuesta de salud mental en su más amplio sentido positivo y la cual se presenta en la siguiente sección con base en la Psicología Positiva, dado que es el eje sobre el cual se sostiene la Teoría de la Ampliación y Construcción de emociones positivas, motivo de este trabajo.

CAPÍTULO II

La Psicología positiva

La psicología, a lo largo de su historia se ha interesado en analizar, explicar y predecir el comportamiento humano. Tal empeño la ha sumergido en el desarrollo teórico e investigativo no siempre centrado en la salud, la adaptación y los aspectos positivos de las personas. De hecho durante muchos años los ha ignorado, es así que por largo tiempo ha estado centrado en las emociones negativas y la debilidad humana en general, propiciando su observación disciplinar desde un marco patogénico (Vera, 2006).

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la base de la disciplina identificaba y desarrollaba aspectos positivos de las personas; descubrir el genio y el talento (inteligencia) para hacer una vida más normal (evitar lo “negativo”). Es decir, no sólo estaba orientada hacia la curación de la enfermedad, sino que su quehacer también implicaba desarrollar aspectos positivos en las personas para contribuir a que la vida fuera más plena (Seligman & Csikzentmihayi, 2002).

Después de la Segunda Guerra Mundial, su fundamento fue el modelo médico, consagrado a la curación y a la reparación de daño. De tal manera, la rehabilitación psiquiátrica conformó un fuerte movimiento para promover la recuperación de las personas con enfermedades mentales graves (Mead & Copeland, 2000) posibilitando vidas a través de la propia enfermedad.

Actualmente, romper el viejo y recurrente modelo de patología y el papel disciplinar dedicado a eliminar o menguar la enfermedad, implica dirigir la atención no sólo a problemas mentales, sino también a aspectos tales como la felicidad, el optimismo, el potencial humano, la creatividad y la resiliencia.

Desde esta perspectiva, la comprensión de aspectos positivos de la experiencia humana y de cómo protegen al ser humano contra el trastorno mental se transforman en la tarea

fundamental de la Psicología Positiva (PP). Definida como el estudio científico de fortalezas, bienestar y funcionamiento óptimo (Seligman, 1998; 2002). Esta propuesta sostiene con el más riguroso método científico (Vázquez, 2006) la tesis de los diferentes caminos a seguir para lograr el bienestar e ir más allá de la enfermedad, su relevancia se sitúa básicamente en un conjunto de proposiciones que ha denominado *PERMA* (por sus siglas en inglés), las cuales involucran el estudio y promoción de emociones positivas, compromiso en la vida, buenas relaciones sociales, significado en la vida y los logros.

Respecto a las emociones positivas, se ha planteado principalmente a través de la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 2009) expuesta más adelante, que el ejercicio de este tipo de emociones generan un estado óptimo de salud mental. Específicamente, su constante presencia involucra el uso de habilidades y fortalezas para brindar satisfacción, confianza y seguridad, entre otros estados positivos (Seligman, 2002; Seligman, Parks & Steen 2004). En concreto, el éxito de esta propuesta radica en la búsqueda de emociones positivas y las aptitudes con las que se cuenta para multiplicarlas.

En relación al compromiso en la vida se prevé el empleo de las fortalezas humanas que contribuyen a la felicidad, tales como la esperanza, la gratitud, el amor, el entusiasmo y la curiosidad. Así, el logro de una buena vida y de gratificaciones en los diversos ámbitos de la misma; necesitan del ejercicio de estas fortalezas (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009). Al respecto, acciones llevadas a cabo bajo la motivación intrínseca e inmediata, e impregnadas por un fin en sí mismas como leer, jugar ajedrez, bailar y escribir, entre otras; comparten la característica de fluidez término acuñado por Csikszentmihalyi (1990; 1999) para señalar la satisfacción percibida al concluir la acción, ya que durante su ejecución hay una falta de conciencia y de cualquier tipo de emoción (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Por su parte, las buenas relaciones sociales o las relaciones sociales positivas como es referida por los psicólogos positivos; constituyen el factor más importante de la salud psicológica por ser de naturaleza social y correlacionarse más fuertemente con la felicidad. Esta capacidad de construir y mantener relaciones cercanas con otras personas se caracterizan por la extraversión, el apoyo emocional e instrumental, el número de amigos, el matrimonio y el trabajo (pero no el dinero) (Peterson, 2006). Así, construir relaciones duraderas y buenas dotan de un sentido de pertenencia social y deseo de compartir las cosas buenas que ocurren en la vida.

En relación el significado en la vida, la atención se concentra en el sentimiento que las personas perciben como una conexión con algo más grande que ellas mismas (Peterson, Park & Seligman, 2005). Esta relación con algo superior a sí mismo es entendida desde el punto de vista de quién la está viviendo y está añadida al propósito de la propia vida. En otras palabras, al tener la oportunidad de servir a otros individuos se logra una mayor satisfacción con la vida. De esta forma, el significado y el propósito en la vida, al ser activados conducen a niveles más altos de afecto positivo, de autoestima, optimismo y menos problemas psicológicos. También, al parecer durante la búsqueda de significado se puede presentar confusión que se relacionan a una menor satisfacción en la vida (Park, Park & Peterson, 2010). Sin embargo una vida dirigida a ayudar a los demás (altruismo y filantropía) está impregnada de satisfacción relevante durante o posteriormente a acontecimientos trágicos a diferencia de acciones meramente placenteras (Peterson et al., 2005).

Finalmente la realización (logro) se refiere a alcanzar el *PERMA*, cuya finalidad es la realización de las características positivas mencionadas. De acuerdo a los psicólogos positivos, el camino real para lograr el *PERMA* está sustentado en motivar el esfuerzo que las personas realizan para experimentar emociones positivas, obtener gratificaciones y los recursos materiales para vivir, el deseo de ser competentes y de pertenecer a algo más grande que sí mismas para que

aumenten su confianza en aprender a usar características positivas que asuman el bienestar y superen debilidades de tal forma que también se impacte la vida familiar, institucional y comunitaria (Park, Seligman & Peterson, 2004; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Haidt, 2006; Park, Peterson & Sun 2013).

En suma, el dominio de ocupación para la psicología positiva no es la enfermedad psicológica, sino la salud psicológica (Peterson & Seligman, 2003) ya que también está centrada en atender problemas específicos de la conducta humana pero dirigidos a la promoción y la prevención (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En tal sentido, la psicología positiva reconoce la existencia del sufrimiento humano, el egoísmo, las familias disfuncionales y la ineficacia de las instituciones pero no tiene por objetivo la pena o la desgracia o aspectos negativos de la vida, ni tampoco se empeña en ver todo bueno. Asume el estudio de las formas en que la gente siente la felicidad, muestra altruismo y crea familias e instituciones saludables.

Como se plantea más adelante, para la Psicología Positiva la salud psicológica depende del sentido positivo de la salud mental y de los esquemas que convergen en el estudio negativo de la enfermedad, pero sobre todo de la inclusión de factores, circunstancias y procesos que favorecen ese valor salugénico.

Salud mental positiva

Como se mencionó, la salud mental no es únicamente situar a la persona ante la ausencia de desorden o angustia. Desde este argumento planteado por Jahoda en 1958 que superpone la promoción de la salud mental por encima de la mirada patológica, se ha dado forma al marco conceptual que tiene por objetivo estudiar la salud mental integralmente con el fin de impulsar las cualidades del ser humano y posibilitar su máximo desarrollo.

En definitiva, la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona reconoce sus capacidades, afronta vicisitudes, trabaja productivamente y contribuye a su

comunidad (OMS, 2005), sugiere la participación de procesos de adaptación para el desarrollo personal, por lo que es un estado dinámico que comparte circunstancias extrínsecas e intrínsecas de la persona.

En ese sentido, es necesario mantener los estados que favorecen el crecimiento y mantienen salud mental positiva a partir del funcionamiento de las personas en una variedad de aspectos en la vida diaria (Linley & Joseph, 2004). Se concibe entonces, la salud mental positiva como la capacidad de adaptación a las circunstancias (emocionales, psicológicas y sociales) para cambiar en caso de necesidad (Lluch, 2002; Keyes, 2005)

De esta forma, la salud mental individual fluye desde aspectos subjetivos, biológicos y sociales de las personas para constituirse como un estado de salud mental en términos positivos (Seligman, 2008) pero también proviene del desarrollo y prosperidad de las comunidades y sociedades, tal y como lo declara la OMS (2004).

A partir de este contexto, se puede decir que la salud mental positiva forma parte del amplio campo de la salud y de una gran cantidad de aspectos a considerar en los niveles de investigación e intervención (Vazquez, Hervás & Ho, 2006). Por ejemplo, al contemplar la creación de comunidades efectivas, de ámbitos laborales satisfactorios, de modelos de vida útiles, también se requiere de programas que incluyan el empleo de la creatividad, el altruismo, las emociones positivas y la empatía de las personas (Compton, 2005).

En el siguiente apartado, serán retomados algunos aspectos de la salud mental positiva para establecer su proximidad a la salud mental y el campo de estudio de la PP.

Conceptos afines a la salud mental

La salud mental, que se define aquí como la presencia de bienestar más que la ausencia de enfermedad, se ha convertido en un factor cada vez más importante tanto para los investigadores, como para los profesionales que trabajan en contextos clínicos y de salud. A

partir de ese interés, los estudiosos del tema han involucrado una gran variedad de terminologías con el objetivo de comprender sus alcances en la vida de las personas y las sociedades.

Entre los postulados para definir el bienestar, se hayan por un lado, uno de los enfoques más antiguos, el hedonismo definido como la búsqueda del placer en sí mismo, y por otro, la eudaimonía, caracterizada por la práctica de vivir la vida de acuerdo a valores y virtudes deseables (Ryan & Deci, 2000).

Tomando en cuenta que, ambas conceptualizaciones carecen de un sentido completo de salud, es decir, fragmentan los componentes necesarios en la salud mental (sentimientos de felicidad y satisfacción, autorrealización y desempeño positivo en la sociedad) (Westerhof & Keyes, 2010) se retoman en diferentes estudios por ser referencia obligada a la presencia de felicidad.

La felicidad, en términos comunes es vivir diariamente el bienestar subjetivo. Para Veenhoven (2003), la felicidad es un estado consciente de la mente (componente cognitivo), un juicio global que arroja una evaluación de “años felices de vida” (componente afectivo), pero que depende en gran medida de cualidades sociales como la riqueza, la justicia y la libertad (componente social).

En estrecha relación a las definiciones de felicidad y bienestar, se haya el funcionamiento óptimo. Linley & Joseph (2004) definen el funcionamiento óptimo como el uso de procesos psicológicos (experiencias emocionales subjetivas, rasgos individuales y conductas sociales) que conducen a resultados positivos (bienestar individual y colectivo).

En general el óptimo funcionamiento y el funcionamiento positivo adoptan la forma de bienestar. Un estado de funcionamiento positivo, definido por Ryff (1989) es la resolución ante los diferentes desafíos a los que se enfrentan las personas. Alcanzar este estado, representa desafiar seis dimensiones del bienestar psicológico: la aceptación de sí mismo, las relaciones

positivas con los demás, el dominio del medio ambiente, la autonomía, el propósito en la vida y el crecimiento personal y el desarrollo del potencial (Ryff, Singer & Love, 2004).

Al amparo de ese argumento, se localiza la definición de potencial humano, como aquel conjunto de habilidades y competencias que ayudan a las personas a contribuir a su propio desarrollo y al del bien común (Baltes & Freund, 2007) y sostienen de un estado de salud mental positiva (Staudinger, 2000).

En este sentido, la felicidad, el funcionamiento óptimo, el funcionamiento positivo, y el potencial humano, son bienestar; envuelven comportamientos flexibles (Eagly & Karau, 2002) situados en relaciones individuales y grupales para cooperar, trabajar y vivir juntos de manera constructiva (Eisenberg, Fabes, Guthrie & Reiser, 2000) y con tendencia del éxito biológico y sociocultural (Fernandez-Ballesteros, 2001).

En esta línea de argumentos, se engloba el sentido positivo de la salud mental, no obstante, se concibe también en interrelación con aspectos negativos de la experiencia humana, ya que ambas partes significan el ser saludable (Riff & Singer, 2007).

Este balance, entre los concomitantes positivos y negativos de la salud mental, igualmente se pueden explicar desde el concepto de “floreCIMIENTO”, como aquel conjunto de síntomas que se corresponden con sentimientos positivos y funcionamiento positivo en la vida (Keyes ,2002) y también desde la “languidez” como una perturbación de la salud mental, distinta a la enfermedad mental, pero con símiles limitaciones para la vida diaria (Keyes, 2007).

Asimismo, para Deci y Ryan (2008) la deficiencia en áreas de funcionamiento, marca las posibles consecuencias negativas a la salud, por ejemplo, menor bienestar, síntomas físicos, psicológicos y mayor nivel de afecto negativo. Contrapuesto, un funcionamiento psicosocial sano, un menor riesgo de enfermedad cardiovascular, un menor número de enfermedades físicas crónicas con el avance de edad y una menor utilización de servicios de

atención a la salud son distintivos de óptimo de funcionamiento (Fredrickson & Losada, 2005; Keyes, 2007).

Por lo tanto, la salud mental, subyace a diferentes descriptores del bienestar y encierra a la salud mental como un continuo (salud mental y enfermedad mental) que al combinar sus dimensiones (emocional psicológica y social) indican la presencia o ausencia de la salud mental y la presencia ausencia de enfermedad mental (keyes, 2005).

En este sentido, la presencia de salud mental descrita como floreciente y la ausencia de la misma entendida como languidez, son síntomas que deben considerarse para proteger y promover la salud mental positiva, y para prevenir la enfermedad mental. En lo sucesivo se consideran los términos de florecimiento y la languidez directamente vinculados a la propuesta de este estudio.

Como se verá en el siguiente apartado, la salud mental positiva presenta evidencias a través de la intervención psicológica positiva, cuyo objetivo desde otra posición es: complementar lo existente, desligar el tratamiento psicológico de la medicina y promover lo “bueno” que poseen las personas para prevenir la mayor cantidad de enfermedad mental.

La Intervención psicológica positiva y la salud mental

La Psicología ha trabajado mucho en el desarrollo de estrategias dirigida a la reducción de síntomas (Ruini & Fava, 2004) e intervenciones centradas principalmente en mejorar los sufrimientos, debilidades y ansiedades (Sheldon & Lyubomirsky, 2004). Sin embargo, poco se ha ocupado de las formas en que las personas pueden mejorar su bienestar (Vázquez et al., 2006; Cloninger, 2006).

Esta tradición psicológica para abordar y tratar la enfermedad, ha llevado al progreso en el diagnóstico y tratamiento correcto de 16 enfermedades mentales a través de

psicoterapia, medicamentos o la combinación de ambos (Taylor, 2003; Peterson & Seligman, 2004).

De tal suerte, la investigación, evaluación e intervención clínica positiva, son dramáticamente encarecidas al dado de la disfunción psicológica y la práctica decididamente negativa (Maddux, 2002; Maddux, Snyder & Lopez, 2004).

Así, la psicología clínica aplica la evaluación y la intervención para explicar y comprender lo que es susceptible de convertirse en enfermedad (Hubble & Miller, 2004). En ese sentido, posiblemente las intervenciones clínicas ocupadas de las consecuencias negativas deban ese origen a la dificultad de saber la utilidad de los procesos positivos (Taylor & Sherman, 2004; Vázquez et al., 2006) y de la efectividad de las capacidades y recursos para vivir, y prosperar (Linley & Jhosep, 2003).

Definitivamente, la solución a esta visión depende de la construcción de una psicología clínica positiva (Maddux et al., 2004) basada en elementos positivos ejecutados en la intervención, por ejemplo, la integración de terapéuticas para reducir la sintomatología a la par de la potenciación del bienestar a lo largo del tratamiento (Cloninger, 2006). También, del sustento de un sistema de salud mental libre de estigmatización (Thompson et al., 2002) con terapeutas que favorezcan el vínculo del cliente con la vida para ser pleno dueño de su cuidado (Hubble & Miller, 2004)

En suma, una psicología clínica positiva tiene por objetivo básico la promoción de la salud mental (Luciano, Paéz-Blarrina & Valdivia, 2006) mediante el desarrollo de los recursos humanos (Seligman & Peterson, 2007), la prevención contra la enfermedad mental (Gancedo, 2008) y el equilibrio entre el sufrimiento psicológico y la experiencia humana más allá de sólo sentirse bien (Lyubomirsky et al., 2005).

Actualmente, estudios reflejan el costo beneficio de esos esfuerzos científicos (Seligman et al., 2005). Por ejemplo, Delle-Fave y Massimini (1992) reportaron la desaparición de los síntomas y suspensión del tratamiento farmacológico en un caso de agorafobia que respondió al método de experiencia muestral y evidenció la mejoría en actividades como atención al hogar, ver la television, realizar trabajo voluntario y socializar.

En pacientes depresivos, la terapia de bienestar (Ruini & Fava, 2004) basada en un tratamiento cognitivo conductual con una intervención estructurada de 8 sesiones en las que el paciente autoregistra situaciones positivas/intensidad de bienestar y pensamiento disruptivo, demostró una reestructuración cognitiva y prevención en mayor grado de las recaídas versus el tratamiento clínico habitual, así mismo, señala ser más eficaz pacientes con ansiedad generalizada que cuando sólo se emplea el tratamiento cognitivo conductual (Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi & Grandi, 2011).

Otro ejemplo son los ensayos clínicos aleatorizados. Seligman, Rashid, y Parks (2005) asignaron de forma aleatoria a pacientes depresivos a tres tipos de tratamientos (psicología positiva, psicológico estándar y psicológico estándar más medicación). El tratamiento positivo combinó intervenciones positivas como la elaboración de ejercicios de agradecimiento, escritura y reconocimiento de fortalezas y aspectos positivos, así como reflexiones sobre el uso de esas características en la vida cotidiana. El seguimiento de 6 meses demostró que el tratamiento positivo fue más eficaz que los otros dos en cuanto a la reducción de síntomas depresivos, así como del resto de indicadores (Seligman et al., 2005).

Low, Stanton, & Danoff-Burg (2006) examinaron una intervención para promover beneficios físicos y psicológicos positivos en mujeres con cáncer de mama. Aleatoriamente, las mujeres fueron asignadas a tres condiciones de escritura: 1. Expresión emocional sobre sus más profundos pensamientos y sentimientos respecto al cáncer de mama, 2. Reconocimiento de los

beneficios a pesar de la experiencia, destacando pensamientos y sentimientos positivos, y 3. Escribir a cerca de sus síntomas psicológicos y físicos. Los resultados demostraron que quienes estuvieron en la condición 2 informaron menos angustia psicológica y en un seguimiento de tres meses tuvieron un número significativamente menor de visitas al médico.

Un hallazgo similar se ha evidenciado en mujeres de bajos ingresos e infectadas por VIH, mediante la comprensión del beneficio que tiene las ilusiones positivas y el crecimiento a raíz de enfermedades crónicas (Updegraff, Taylor, Kemeny & Wyatt, 2002).

Los investigadores Heisel y Flett (2004) descubrieron en 49 pacientes que la satisfacción con la vida, muestra una significativa variabilidad en la ideación suicida, lo que indica la importancia de atender tanto a la resiliencia como a la patología en la valoración y el tratamiento de personas suicidas.

En esa línea de ideas, Suldo y Huebner (2004) estudiaron 816 adolescentes y demostraron que los jóvenes que expresan satisfacción con la vida, son menos propensos a actuar del lado de acontecimientos estresantes, y aquellos que refieren sentirse felices son más saludables, más exitosos, y más socialmente comprometidos (Lyubomirsky et al., 2005).

Levy, Slade, Kunkel y Kasl (2002) en un estudio longitudinal de envejecimiento y Jubilación, en 660 individuos de 50 y más años, encontraron que personas con más autopercepción positiva del envejecimiento vivían 7.5 más años que aquellos con menos autopercepción. En mujeres mayores se encontró que aquellas con más propósitos en la vida, sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales presentaban menor riesgo cardiovascular (Ryff et al., 2004).

En hombres y mujeres, Kubzabsky y Thurston (2007) en un estudio prospectivo de 6,025 hombres y mujeres de entre 25 y 74 años con seguimiento de 15 años, encontraron que los sujetos que reportaron niveles mas altos de vitalidad emocional tuvieron menos riesgos de una

cardiopatía en comparación con sujetos de niveles bajos, lo que indica que la vitalidad emocional protege contra la enfermedad coronaria en hombres y mujeres.

Asimismo, otro tipo de eventos en la vida son abordados por intervenciones positivas, demostrando su efectividad al impulsar el bienestar (Clark & Oswald, 2002; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Sin embargo, más allá de la intervención clínica privada y de las instituciones de salud, se podría considerar el desarrollo del bienestar en el lugar de trabajo a través de una intervención de corta formación, incluso, basado en la web, con el fin de mejorar la autoeficacia, el optimismo y la resiliencia (Luthans, Avey & Patera, 2008). En las universidades, mediante la proporción de recursos (creencias de eficacia) a los estudiantes, para mejorar el trabajo y el compromiso que conducen al desempeño de más tareas (Llorens, Schaufeli, Bakker & Salanova, 2007).

Así, las intervenciones pretenden desarrollar un trabajo clínico positivo estable, pero activo (Schooler, Ariely & Loewenstein, 2003) que conlleve al bienestar en la recuperación de la enfermedad (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009) y al óptimo desarrollo de experiencias positivas, implícitas en el deseo de las personas para ser felices (Sheldon y Lyubormisky, 2007).

No obstante, se precisa de instrumentos que midan los aspectos involucrados a la salud mental positiva (Seligman, 2008).

Entre las medidas positivas, están la escala de satisfacción con la vida de Diener (1985), la de felicidad subjetiva de Lyubomirsky y Lepper (1999) y la de felicidad de Fordyce (1978) generalmente usadas para medir el bienestar y la posición que tiene la persona al momento de evaluar su propia experiencia de bienestar.

El inventario de fortalezas y valores en acción de Park, Peterson y Seligman (2004) para adultos y jóvenes respectivamente, son utilizados para identificar las fortalezas sobre las que se planea una estrategia de tratamiento (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

La Escala de fluidez por Mayers (1978) y el cuestionario de fluidez por Csikszentmihalyi (1988) así como el método de experiencia muestral de Csikszentmihalyi y Larson (1987) se utilizan con frecuencia para medir fluidez y dirigir la terapia al aprovechamiento de patrones de comportamiento cotidiano.

Entre las medidas utilizadas para estudiar el significado de la vida, está la prueba de Crumbaugh y Maholick (1969) y el cuestionario de orientaciones hacia la felicidad (Peterson et al., 2005).

Consecuentemente, las intervenciones y los instrumentos de medición de la psicología positiva son válidos para ser utilizados por la comunidad científica en sus propias áreas de interés, así como para procurar el cuidado de la salud mental positiva más allá del sistema de salud tradicional (Sheldon & Lyubomirsky, 2006).

En tal sentido, se subraya la necesaria presencia de la salud mental positiva y sus intervenciones para equilibrar la escasez de los estudios científicos sobre características positivas de los seres humanos que potencien la promoción del estado óptimo de salud, como es el caso de las emociones positivas, abordadas más adelante.

CAPÍTULO III

La promoción de las emociones positivas, fundamento para la salud mental

Hace décadas, la medicina cambió del tratamiento por la prevención de la enfermedad, recientemente, la prevención de la enfermedad por la mejora de la salud (Snyder, Feldman, Taylor, Schroeder & Adams, 2002). A más de dos décadas, la psicología de la salud reconoció la necesidad de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Madux et al., 2004). Este cambio, sostiene la ideología de incluir a los componentes positivos que pueden influir en la salud, así como en la enfermedad (Pressman y Cohen, 2005; Cohen y Pressman, 2006).

Como se ha estado mencionando, la prevalente tendencia a estudiar lo que afecta el bienestar humano puede explicarse por la responsabilidad que tiene en la enfermedad. No obstante, sus resultados discurren principalmente sobre lo negativo, por ejemplo, la depresión es considerada un trastorno discapacitante que conlleva problemas mentales y físicos (WHO, 2001).

Este enfoque en lo mórbido, también, ha extendido conclusiones sobre el papel de las emociones negativas. La mayor parte de la literatura al respecto enfatiza a las emociones negativas (miedo, ira, tristeza) (Fredrickson, 2000) como concurrentes en la vulnerabilidad humana, llámese trastorno físico, inmunodepresión o enfermedad cardíaca (Miller & Cohen, 2001; Robinson & Alloy, 2003; Smith, Glazer, Ruiz, & Gallo, 2004;).

Otra explicación también se encuentra en el hecho de que las emociones positivas son más difíciles de distinguir (relación de 1 emoción positiva por 3 o 4 negativas) (Fredrickson, 2003), además de estar siempre acompañadas de la sonrisa de Duchenne (Johnson, Waugh & Fredrickson, 2013) lo que complica su reconocimiento y estudio en un laboratorio (Compton, 2005).

Conjuntamente, dichas emociones carecen de marcadores específicos como ocurre característicamente con las emociones negativas, las cuales motivan respuestas conscientes ante la evaluación de peligro o molestia (Frijda, 2005) pero además, las emociones positivas no son factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales a diferencia de las emociones negativas (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

En concordancia, en el contexto de la prevención de enfermedades cabe replantear la función de las emociones positivas, no sólo en la supervivencia de la especie (Jones & Felps, 2013), sino conjuntamente en la causa y consecuencia de las actividades e interacciones sociales (Lucas & Diener, 2003) e ineludiblemente en la salud (Carruthers & Hood, 2004; Vázquez, Hernangómez & Hervás, 2004).

Al respecto, estudios han demostrado que las emociones positivas protegen a las personas de la incapacidad (Ostir, Markides, Black & Goodwin, 2000) y deterioro físico debido a la edad (Danner, Snowdon, Friesen, 2001), del riesgo de enfermar (Ostir et al., 2002; Cohen, Doyle, Turner, Alper & Skoner, 2003) y de sentir depresión (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larking, 2003) incluso, fortalecen la resiliencia de las personas (Aspinwal, 2001; Tugade y Fredrickson, 2004) e incrementan recursos psicosociales para la vida (Fredrickson y Branigan, 2005).

Sy y Côté (2005) examinaron las consecuencias del estado de ánimo y descubrieron que cuando los líderes de un grupo se encontraban en estado de ánimo positivo, los demás miembros del grupo sentían más experiencia positiva, una mayor coordinación y realizaban menos esfuerzo en comparación con grupos en condiciones de estado de ánimo negativo.

De igual forma, Gable, Reis, Impett y Asher (2004) examinaron las consecuencias intrapersonales e interpersonales relacionadas con la búsqueda de otras personas para compartir cosas buenas (capitalización), demostraron que la comunicación de eventos personales positivos

a otros está asociado con el afecto positivo diario y el bienestar en mayor medida cuando son percibidos de manera activa y constructiva, y que la estrecha relación entre personas se asocia a un mayor bienestar cuando los intentos de capitalización son correspondidos de manera entusiasta.

En otro estudio, Rowe, Hirsh y Anderson (2007) examinaron el afecto positivo y la atención mediante música e inducción de estados de ánimo positivo. Descubrieron que mientras más amplio fue el campo de atención generado por emociones positivas, más se manifestaba la creatividad verbal.

Por otra parte, Fredrickson y Joiner (2002) midieron el afecto positivo, la ampliación mental y la tendencia a manejar tensiones. Revelaron que el afecto positivo está relacionado con la capacidad de hacer frente a los problemas y con más afectividad positiva, concluyeron que el efecto ampliatorio permite fortalecer la resiliencia para enfrentar y superar situaciones adversas. En general, se ha establecido una relación entre emociones positivas y capacidades de afrontamiento para manejar el estrés (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).

Concretamente, las emociones positivas y negativas comparten aspectos de las personas para responder tanto a lo que afecta (languidez) como a lo que lo mantiene en óptimas condiciones (floreCIMIENTO), es entonces que, ambas son indicadores del progreso o desmejora de la salud mental. Por tanto, en el siguiente apartado se consideran las diferentes definiciones teóricas sobre el afecto positivo y negativo, de manera que se logre un acercamiento a sus funciones y participación en los estados de florecimiento y languidez como elementos inseparables de la salud.

Definición de las emociones

Las personas experimentan miedo, amor, tristeza, odio, goce, a lo largo de toda su vida y generalmente se enervan ante la injusticia, la crueldad, la inequidad, así como también aprecian el arte, lo bello, lo bueno y lo justo. De esta forma, las diferentes experiencias emocionales conocidas en el ser humano, han dado origen a diversos enfoques teóricos, en su mayoría concordantes con el aspecto multidimensional que poseen, así como de las relaciones que guardan con el comportamiento y las esferas fisiológicas, sociales y psicológicas.

Entre las corrientes que explican el estudio de los aspectos biológicos, conductuales, cognitivos y sociales de las emociones, está Reeve (2003) el cual refiere que todos los elementos participan en la emoción como una serie de eventos, inicialmente, la emoción activa los sistemas autónomo y hormonal preparando al organismo para desatar la conducta, la cual tiene una meta establecida por el componente subjetivo (cognición) para finalmente expresar las posturas, vocalizaciones y expresiones faciales que comunican a otros la emoción.

Entre las explicaciones de los factores cognitivos se encuentra Lazarus (1982) que argumenta que sentir una emoción, depende del pensamiento respecto de la situación que la ocasiona, de manera que las emociones son un proceso post-cognitivo en el que la evaluación precede siempre a la emoción.

Por otra parte, Zajonc (1981) expone a las emociones como reacciones fundamentales e innatas que favorecen la adaptación, no dependen de la cognición y pueden darse antes que ella, por lo que el procesamiento emocional se produce como reacción afectiva preliminar (sentimiento) al pensamiento (procesamiento de la información).

Para Averill (1982) las emociones son papeles sociales transitorios que incluyen una valoración de la situación e interpretación en términos afectivos, por lo que las normas sociales

conforman las emociones y éstas son representadas psicológicamente como estructuras cognitivas.

Izard (1977) plantea que las emociones son activadas por las conexiones nerviosas directas, los sistemas sensoriomotores, los sistemas motivacionales y los sistemas cognitivos, resalta la importancia de estimular las emociones para tener un desarrollo sano y aminorar consecuencias psicológicas y conductuales negativas (Mostow, Izard, Fine & Trentacosta, 2002).

En un sentido más complejo, Ekman (1992) se enfoca en el aspecto cognitivo, social y cultural de las emociones, argumenta, son breves y tareas fundamentales en la vida, ya que poseen un valor adaptativo en la evolución, sin embargo, concluye que el papel biológico de las emociones son el núcleo causal de su existir. En este sentido, Damasio (2001) refiere que la emoción es un conjunto de reacciones químicas y nerviosas que producen reacciones en el cerebro al detectarse un estímulo emocional (objeto o situación).

Barret, Ochsner y Gross (2007) discuten que la emoción influye sobre toda la experiencia humana y en las conductas sin que intervenga la razón consciente. Contrariamente, para Covarrubias y Cuevas (2008) las emociones son procesos íntimos establecidos por personas, cosas y contextos, por lo que el comportamiento está determinado por la forma en que se perciben esos estímulos y se reproducen en el mundo interior dando lugar a la respuesta afectiva.

Una definición que unifica a las distintas corrientes, es planteada por Palmero, Fernández, Martínez y Chóliz, (2002) que refieren a las emociones como procesos episódicos de corta duración provocados por un estímulo interno o externo evaluados y valorados, capaces de producir un cambio orgánico y respuestas cognitivas, fisiológicas, motoras y expresivas, relacionadas con la adaptación a condiciones específicas del medio ambiente cambiante.

De lo expresado, para esta investigación se empleará la definición planteada por Fredrickson y Branigan (2005) quienes indican que las emociones son experiencias de corta vida con cambios coordinados de pensamiento, acciones y respuestas fisiológicas.

En este contexto, al conjunto de estados mediadores en la emoción se le reconocen como afecto (positivo y negativo) (Sagan, 2001; Russell, 2003).

El afecto tanto positivo como negativo de acuerdo con Larsen & Diner (1992) y Averril (1997) se manifiesta a través de la activación alta o baja de emociones

Al respecto, se ha relacionado una mayor variabilidad emocional a la prosperidad humana y por ende al bienestar. Por ejemplo, el aumento en afecto positivo promueve una mejor salud física (Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004). Por otra parte, la facilidad del pensamiento para elegir la mejor solución ante un problema se asocia al aumento de emociones positivas (Isen, 2007) y a la actividad de la conducta hacia situaciones gratificantes (Robles & Paés, 2003). Igualmente a la capacidad de responder con flexibilidad a las circunstancias cambiantes (Kashdan & Rottenberg, 2010).

En contraste, la presencia de mayor activación en el afecto negativo (AN) se asocia con el aumento de síntomas depresivos (Peeters, Berkhof, Delespaul, Rottenberg & Nicolson, 2006), a la angustia (Kashdan y Rottenberg, 2010) y la enfermedad mental (Trull et al., 2008; Waugh, Thompson & Gotlib, 2011). Asimismo, indica una predisposición a experimentar emociones negativas, disminución del autoconcepto y baja satisfacción en la vida (Carr, 2007; Chico & Ferrando, 2008). En función de estos resultados existe predominantemente un enfoque en disminuir la variabilidad de emociones negativas (Linehan, Bohus & Lynch, 2007)

En conjunto, estos estados afectivos comparten la función de favorecer la adaptación al medio para producir conductas y experiencias que influyen en la salud mental. En concordancia con esta idea, aunque se ha documentado sobre los estados emocionales, pocos

estudios han explorado el bienestar, el óptimo funcionamiento y la enfermedad, directamente relacionados a las emociones positivas. En el siguiente apartado se presenta la Teoría de ampliación y construcción de emociones positivas planteada por Fredrickson (1998; 2001; 2009) para explicar la importancia de asumir el papel de las emociones positivas en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades, así como la necesidad de crear las condiciones adecuadas para que las emociones positivas se lleven a cabo y se fomente el florecimiento en las personas.

La ampliación y construcción de emociones positivas

Como se ha mencionado, la representación teórica sobre la función de las emociones negativas se ha explicado por el concepto de tendencias específicas de acción. Las tendencias específicas de acción son procesos que obligan a la persona a proceder con rapidez y decisión en situaciones de riesgo. En ese sentido, las emociones negativas, han ayudado a la humanidad sobrevivir, por lo tanto, forman parte de la selección natural humana y universal (Tooby & Cosmides, 1990), y también, envuelven aspectos de la mente y el cuerpo, los cuales están vinculados a cambios psicológicos (Davidson, 2001).

Sin embargo, explicar el valor adaptativo de las emociones positivas lleva a un estudio desde otra perspectiva. Al respecto, Fredrickson (2001) plantea el término de tendencias de pensamiento acción en un sentido complementario y en igualdad de importancia para la evolución humana a través de la Teoría de la ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 1998; 2001; 2009).

El primer sustento de la teoría (ampliación o efecto ampliatorio) se refiere al aumento de una variedad de pensamientos y acciones resultantes de vivir emociones positivas. Al respecto, la evidencia demuestra que experimentar emociones positivas provee de ideas para facilitar o resolver situaciones en la vida diaria (Fredrickson, 2000; 2003; 2004, Fredrickson &

Branigan, 2005). Asimismo, ha señalado que disminuyen el deterioro cognitivo (Danner, Snowdon & Friesen 2001) y el riesgo de fragilidad en la edad avanzada (Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004).

El segundo sustento (construcción o efecto constructivo) se vincula al progreso en la vida de la persona a través del cúmulo de experiencias positivas. Desde este planteamiento Fredrickson (2004) define la construcción como: el crecimiento proveniente de la vivencia de emociones positivas que abarca recursos psicológicos, intelectuales, sociales y físicos.

Así mismo, cada área concede beneficios específicos para el óptimo funcionamiento de las personas. En primer lugar, los recursos psicológicos están ligados al proceso de la resiliencia y optimismo, que a su vez conllevan autoaceptación y sentido en la vida (Fredrickson, 2009). Los recursos intelectuales recaen en la utilización del aprendizaje para disfrutar de acontecimientos tanto en el presente como en el futuro (Fredrickson, 2001). Por su parte, los recursos sociales se vinculan a relaciones profundas con otras personas y a la obtención de apoyo por personas cercanas, éstos son adquiridos mediante actos altruistas y se expresan a través del amor y el cuidado a otros (Fredrickson, 2003). Finalmente, los recursos físicos están relacionados a los estados de buena la salud física y el bienestar (Fredrickson, 2001).

En suma, la propuesta del efecto de ampliatorio y constructivo plantea que las emociones positivas de alegría, gratitud, serenidad, interés, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, admiración y amor, amplían y construyen significados positivos y actitudes optimistas necesarios para el florecimiento humano.

Desde este planteamiento cada tipo de emoción, posee características propias de pensamiento acción. Por ejemplo, la alegría se suscita en entornos percibidos como seguros que motivan a jugar, ser creativo e involucra el deseo de compartir con otros. Por su parte, la gratitud es una emoción que genera el impulso de hacer algo bueno en retribución a un acto de ayuda, por

lo que posee una sensación libre y creativa entremezclada con la alegría y el agradecimiento. También, la serenidad se presenta en contextos seguros y conocidos, habitualmente implica un estado de agrado que incita a disfrutar e integrar la autopercepción con el ambiente. Es también llamada “emoción luminiscente” por resultar de un estado consciente y placentero. Por otro lado, la emoción de interés aumenta el conocimiento y la experiencia a través de la actividad dirigida hacia un objetivo y la incorporación de nueva información. (Fredrickson & Branigan, 2001).

A diferencia de otras emociones, la esperanza, se presenta en contextos inseguros (poca certeza del futuro) que activan las capacidades adquiridas para impedir la desesperación. En ese sentido, la esperanza es un detonador de la resiliencia ante la motivación para alcanzar un objetivo que se desea exitoso pero como probable.

Otra emoción vinculada teórica y empíricamente a un resultado triunfante, es el orgullo, expresamente genera conductas positivas supeditadas a logros y autoestima (Herrald & Tomaka, 2002). Sin embargo, también es considerada una emoción negativa asociada al narcisismo, a la agresión, hostilidad, la vergüenza y la culpa que lleva a problema interpersonales (Paulhus, Robins, Trzesniewski & Tracy, 2004). Por un lado, de manera positiva se basa en logros concretos (académicos, sociales, morales e interpersonales) acompañados por un genuino sentimiento de autoestima. En otro caso, es explicado por la arrogancia y un proceso de autoevaluación con un sentido menos auténtico de la persona en sí misma (percepción de engrandecimiento) (Tracy & Robins, 2007). Se plantea entonces que, el orgullo depende de la atribución que la persona le otorgue al evento (Tracy & Robins, 2004).

Una emoción también ligada a circunstancias seguras es la diversión. Es por lo general un hecho social, ya que implica el ímpetu de reír y compartir con otros. Al respecto, Gervais y Wilson (2005) plantean que la risa es un estado de receptividad a la influencia social

que prepara para compartir y recibir retribución de los demás, al mismo tiempo de ser un acto transmisible de confianza que facilita el juego y la unión.

La inspiración es considerada una emoción “autotrascendente” al igual que la gratitud y la admiración, este conjunto de emociones se expresan mediante actos buenos y el deseo de alcanzar objetivos en la vida. Específicamente, la inspiración va más allá de un acto prosocial, abarca una amplia gama de actos creativos orientados al deseo de ser mejores personas, creando un sentido optimista de sí mismo y del mundo (Fredrickson & Branigan, 2001)

Otra emoción ambivalente es la admiración. Keltner & Haidt (2003) refieren que comprende dos elementos: la intensidad y acomodación, la intensidad se refiere a la sensación de experimentar algo mucho mayor que la propia persona, y el acomodamiento al proceso de ajuste de la estructura mental para asimilar una nueva experiencia, dando por hecho que se encuentra en un contexto entendido o no entendido. Para Fredrickson (2009) la ambivalencia que caracteriza a la admiración está asentada en: lo positivo como una emoción que produce humildad y sensación de estar ante algo superior que sumerge a la persona en un estado asimilación de la belleza, y, en lo negativo como una emoción que se mezcla con el miedo y la inseguridad.

Finalmente, el amor no es una emoción única, existe de varias formas, es decir, se compone por la alegría, la gratitud, la serenidad, el interés, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración y la admiración y se transforma dependiendo del contexto mediante el pensamiento y la percepción acerca del ambiente (Fredrickson, 2001). Así, el amor puede ser de varios tipos, por ejemplo, romántico, apasionado, amor de amigos y amor a quien provee cuidado (Oatley & Glouberman, 2003).

Teniendo como objetivo el florecimiento de la personas, la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas se propone un constante crecimiento emocional y de bienestar a través de la positividad. La positividad, es el empleo de emociones positivas dirigidas

a forjar recursos biopsicosociales y puede ser medida a través de la autoprueba de positividad, la cual señala la intensidad emocional experimentada y las emociones que se deberán fomentar para el florecimiento (Fredrickson, 2009). En consecuencia, y como se expone más adelante, fomentar la positividad a través de intervenciones psicológicas positivas promueve el desarrollo de otros aspectos saludables y posibilita la prevención de consecuencias nocivas para la salud, como las resultantes del abuso en el consumo de alcohol.

El fomento de las emociones positivas para lograr salud mental y evitar los problemas relacionados con el consumo de alcohol

Desde el constructo de positividad las estrategias de intervención positiva (IP) abarcan más que métodos para el tratamiento y la prevención de enfermedades: De hecho se plantea la promoción y prevención mediante el empleo de estrategias que consideren los efectos de las emociones positivas para el bienestar sostenido en las personas, con o sin problemas de tipo psicológico (Fredrickson, 2001). Si bien es cierto que los trabajos desde la psicología positiva y las IP poco se han enfocado a las emociones y el consumo de alcohol, sí mencionan los alcances de la utilización de intervenciones positivas para la promoción y prevención de problemas, incluso, el tratamiento. A continuación se presenta algunos de los resultados más relevantes en este sentido.

En general, las IP se han formulado sobre diferentes planteamientos pero se han centrado en desarrollar y aplicar las técnicas cognitivo conductuales con base en el aumento de actividades agradables y motivadoras, así como en la construcción de significados que ayude a las personas a separarse de eventos perjudiciales cotidianos.

Dentro de este marco, las técnicas narrativas han demostrado que escribir sobre experiencias traumáticas trae beneficios a la salud mental y física (King, 2002), inclusive se obtiene igual beneficio al relatar sucesos positivos. Por ejemplo, Burton & King (2004)

realizaron un estudio sobre la escritura de sucesos positivos y hallaron que los participantes a los que se les solicitó escribieran sobre los momentos más felices de sus vidas y las emociones asociadas a los mismos (grupo de intervención positiva) mostraron un incremento del afecto positivo y durante los tres meses siguientes un menor riesgo de enfermedad comparados con el grupo control al que sólo se le pidió que escribiera sobre sus planes para el resto del día.

Otras intervenciones han trabajado en la modificación del estilo cognitivo. Al respecto, Serrano, Latorre, Gatz y Montanes (2004) aplicaron una intervención para persona mayores sobre eventos específicos positivos cuya finalidad era la modificación del estilo cognitivo típico depresivo. Encontraron que la reminiscencia de eventos específicos y positivos mejoró el estado de ánimo, el sentimiento de esperanza y la satisfacción con la vida.

Así mismo, algunas intervenciones han centrado su atención en emociones positivas específicas como la gratitud. La investigación demuestra que las experiencias de gratitud se asocia a mayores niveles de bienestar y felicidad (Bono & McColloug, 2006). Además, al ser inducida produce mayor satisfacción con la vida y menores síntomas de enfermedad, aumento en el nivel de afectivo positivo (Emmons & McCulloch, 2003; Watkins, Woodward, Stone & Kolts, 2003) y la felicidad (Lyubomirsky, Sheldon & Schakade, 2005).

Otra vía de intervención es a través de la esperanza. Estudios han señalado que es un elemento central para el logro de metas, así como para la motivación y planificación de dichas metas (Cheavens, Feldman, Woodward & Snyder, 2006). En ese sentido, entrenar los componentes de la esperanza incrementa el bienestar. Por ejemplo, Irving, et al., (2004) hallaron resultados significativos en la reducción parcial de sintomatología en pacientes con diferentes problemas mentales, así como en el aumento de esperanza. También se han encontrado en personas adultas mayores con sintomatología depresiva que al incrementar los componentes de esperanza se mejora el nivel de interacción social y de desesperanza (Klausner, Snyder &

Cheavens, 2000). Considerando que la desesperanza es un de los elementos centrales de la depresión, este tipo de intervenciones parece ser más útil en pacientes depresivos.

Por otra parte, aunque los mecanismos motivacionales de la personalidad han sido poco estudiados, las IP relacionadas indican que entrenar a las personas en la forma en que establecen y persiguen sus metas permite mejorar el alcance de logros y aumentar el bienestar, sin embargo, estos cambios se presentan mayormente en personas que establecen metas congruentes con sus valores y creencias (Sheldon, Kasser, Smith & Share, 2002). Este podría ser un punto sobre el que futuras investigaciones integren intervenciones dirigidas al establecimiento y consecución de metas.

Por otro lado, en el ámbito clínico se ha encontrado que el aumento de experiencias positivas y del bienestar es posible en pacientes con trastornos afectivos a través de intervenciones conocidas como terapia del bienestar que fungen como complemento de otro tipo de tratamiento (farmacológico o psicológico) (Fava, Ruini & Rafanelli, 2005).

Asimismo, las intervenciones de calidad de vida han logrado integrar con éxito la teoría del bienestar, instrumentos de medida específicos y estrategias para la formulación de casos y de intervención con el fin de cultivar aspectos positivos y bienestar. Esta intervención sostiene que la satisfacción con la vida es consecuencia de la satisfacción asociada a distintos ámbitos de la vida como el trabajo, la familia, etc. por lo que propone profundizar en las áreas sólo de menor satisfacción (Frisch, 2006). Un estudio realizado por Rodrigue, Baz, Widows y Ehlers, (2005) se mostró en un grupo de pacientes en espera de trasplante de pulmón, que la terapia de calidad de vida reduce problemas anímicos y aumenta la calidad de vida.

Finalmente, dentro de las IP se ha incluido el uso de la meditación como una terapia para atender eficazmente problemas desencadenados por emociones negativas como la ansiedad, dolor crónico, hipertensión, estrés y depresión (Kabat-Zinn, 2003). Por ejemplo, la meditación de

la bondad amorosa (Loving-Kindness Meditation) es utilizada para aumentar los sentimientos de calidez de cuidado a sí mismo y hacia otros. La técnica, abarca pensamientos y visualizaciones que evocan emociones positivas (amor, alegría y compasión) (May, 2001; Hofmann, Grossman, & Hinton 2011; Hutcherson, Seppala & Gross, 2008) produciendo disminución del sentimiento de soledad e incremento de la felicidad y la satisfacción con la vida (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008). En este sentido, un entrenamiento mental a través de la “visualización” permite conformar a futuro bienestar, tal como sucede con la técnica de descripción escrita y verbal acerca de características positivas, las cuales permiten el desarrollo personal (Roberts & Spreitzer, 2005).

Para finalizar, las intervenciones positivas pueden ser concebidas como una ventaja para la validación de programas para la promoción, prevención y tratamiento en el contexto del consumo de alcohol, pero también como un refuerzo a los abordajes actuales para alcanzar la salud mental en su más amplio sentido positivo.

Hasta aquí, se ha planteado el abuso en el consumo de alcohol como uno de los problemas de salud pública más importantes en nuestro país que afecta principalmente a la población joven situándola en circunstancias de muerte, enfermedad, violencia, accidentes, entre otras.

Así mismo, se mostró que las acciones para reducir dichas consecuencias se sustentan en la estructura de salud mental patológica, situación que coloca a la salud mental en un contexto lejano a la salud mental positiva, por tanto, se mencionó la importancia de promover la salud mental positiva y de prevenir la enfermedad mental desde una visión distinta a la tradicional.

También, se hizo hincapié en la propuesta de la psicología positiva como una perspectiva alterna que contempla las características positivas de las personas, así como la enfermedad. Aunado a ello, se sustentó la importancia de la teoría propuesta por Fredrickson

(2009) para enfocar a las emociones positivas como elementos viables en la reducción de problemas de salud existentes, como lo es el abuso en el consumo de alcohol. Además, se mostró la efectividad de algunas intervenciones con logros prometedores para salud mental positiva.

Justificación

La vasta investigación acerca del abuso en el consumo de alcohol, reitera la presencia de un serio problema de salud pública; su fuerte impacto a la salud mental de jóvenes se manifiesta con severas consecuencias: accidentes, violencia, enfermedad, e incluso, la muerte (Medina-Mora et al., 2003). Dichas consecuencias, han motivado acciones básicamente centradas en la prevención para usuarios que abusan, pero no dependen (Martínez et al., 2008). Además, han descuidado el fomento a la salud mental positiva, por lo que la conducta y efectos nocivos persisten. Ante este panorama, se desprende la necesidad de incorporar las emociones y pensamientos positivos (Maddaleno et al, 2003) al fenómeno de consumo de alcohol, de tal manera que se logre adecuar estrategias a las necesidades prevalentes de salud mental, desligadas del paradigma de enfermedad y trastorno (Hernández & Scherer, 2008).

En tal sentido, Fredrickson (2009) expone a través de la teoría de ampliación y construcción de emociones positiva, la clave para fomentar mejorar la salud mental a través de la afectividad positiva. Ambos aspectos, se hallan directamente relacionados al incremento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales que sirven para enfrentar de mejor manera circunstancias desfavorables.

Por lo tanto, explorar este campo de conocimiento en nuestro país, permitirá complementar el trabajo hasta ahora realizado en materia de prevención y atención a problemas relacionados con el consumo de alcohol, asimismo trazará algunas guías para el cambio de paradigma con el objetivo de desarrollar la salud mental positiva en jóvenes.

Método

Para cumplir con los objetivos de la investigación se realizaron dos etapas. La primera consistió en adaptar el instrumento Positivity Self Test y el cuestionario creado para este estudio, titulado componentes sociales y psicológicos. Para tal efecto se realizaron traducciones y retraducciones a la prueba de positividad, entrevistas cognitivas individuales para ambos instrumentos, y se comprobó en modalidad escrita y por internet para todos los instrumentos, la comprensión y viabilidad de respuestas antes de la aplicación final. En la segunda etapa se aplicaron los instrumentos a través de internet durante 16 días consecutivos y se determinó la agrupación de reactivos y la fiabilidad de los mismos. Además se obtuvo información de la representación de emociones, positividad, aspectos sociales y psicológicos, consumo de alcohol y estilos de afrontamiento, así como evidencia de la relación entre estas variables con el consumo de alcohol.

A partir de lo anterior, se elaboró una estrategia para promocionar la salud mental positiva en función de la prevención del consumo de alcohol en universitarios desde el planteamiento teórico de la ampliación y construcción de emociones positivas de Fredrickson (2009). El método y las técnicas que se utilizaron se describen con mayor detalle a continuación.

Dado que la investigación en emociones positivas y salud mental positiva se originan en la cultura norteamericana, y en nuestro país es incipiente el estudio de características positivas humanas para atender el problema de consumo de alcohol, en el presente estudio se comienza con la exploración de los significados de las emociones para continuar con el logro de medidas válidas y confiables, hasta determinar la relación entre emociones y el consumo de alcohol en el contexto de la salud mental positiva.

Tales causas alientan la siguiente pregunta y objetivos:

¿Existe relación entre las emociones positivas y negativas y los niveles de consumo de alcohol en un grupo de universitarios mexicanos?

Objetivo general

Desde la Teoría de la Ampliación y Construcción de Emociones Positivas planteada por Fredrickson (2009), conocer las emociones positivas y negativas que se relacionan con niveles de consumo de alcohol en un grupo de universitarios mexicanos.

Objetivos Específicos

1. Adaptar y determinar las características psicométricas del instrumento Positivity Self Test y el cuestionario creado de Componentes sociales y psicológicos, que evalúen la cantidad, frecuencia e intensidad de emociones, así como aspectos sociales y psicológicos en población universitaria mexicana.
2. Identificar qué emociones se presentan de acuerdo con el nivel de consumo de alcohol en universitarios.
3. Conocer qué emociones están relacionadas con el nivel de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Tipo de estudio: Exploratorio de campo por encuesta transversal comparativo

Definición conceptual y operacional de variables

Emociones positivas y negativas. Para este estudio se consideran como sensaciones momentáneas acompañadas de cambios homeostáticos, cognitivos y conductuales; las emociones positivas comprenden a las experiencias agradables que favorecen la relación consciente de la persona con el entorno físico y social, y las emociones negativas son las sensaciones desagradables que pueden dañar la salud o bien, situar a la persona en un contexto realista y honesto. La medición se obtiene con la prueba de positividad (Fredrickson, 2009). Se califica

dividiendo la suma de las emociones positivas cuyo valor sea de 2 ó más entre la suma de emociones negativas con valor de uno o más. El resultado se establece en una proporción mínima de tres emociones positivas por una negativa para determinar por debajo de esta la condición de languidez y por encima el florecimiento.

Languidez: es el estado de salud mental caracterizado por un limitado funcionamiento emocional, psicológico y social. Se mide mediante la prueba de positividad. Se califica a través de la división entre el promedio de emociones positivas y negativas experimentadas durante dieciséis días considerando un punto de corte de 2.99.

Florecimiento: es el estado de salud mental asociado a un óptimo funcionamiento emocional, psicológico y social. Se evalúa mediante la prueba de positividad. Se califica a través de la división entre el promedio de emociones positivas y negativas experimentadas durante dieciséis días considerando un punto de corte de 2.99.

Componentes sociales y psicológicos: es el conjunto de recursos personales impulsados por las demandas externas para enfrentar nuevas oportunidades, relaciones sociales o situaciones desfavorables. Se mide mediante el Cuestionario de Componentes sociales y psicológicos comprendido en cuatro aspectos (resiliencia, optimismo, respaldo social y desánimo). Este se estima a través de la suma de los reactivos que conforman cada aspecto.

Nivel de consumo de alcohol: se considera como la frecuencia, cantidad y consumo excesivo por ocasión estimado a través de la escala AUDIT en su versión breve validada para México (Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1992). La medida se obtiene para detectar a las personas que empiezan a tener un consumo peligroso o en riesgo. Se califica sumando los valores asignados a las opciones de respuesta de las tres primeras preguntas utilizando un punto de corte de 0 a 4 para los que no consumen o tienen un consumo moderado (sin riesgo), de 5 a 6 para los

que consumen en exceso (peligroso) y de 7 ó más para los que consumen en exceso y presentan probables problemas relacionados (riesgoso).

Afrontamiento: son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se manifiestan bajo situaciones evaluadas por la persona como estresantes. La medida se obtiene con la escala de estilos de enfrentamiento validada en población mexicana (Zavala, Rivas, Andrade & Reidl, 2008). La calificación se logra mediante el promedio de los reactivos correspondientes a cada estilo.

Etapa 1. Adaptación de los instrumentos

En esta fase de la investigación fue necesario adaptar el instrumento The Positivity Self Test debido a que el ámbito donde se desarrolló difiere sustancialmente del que se llevó a cabo en este estudio, asimismo el cuestionario de componentes sociales y psicológicos, ya que fue creado con el fin de explorar variables introducidas en este trabajo. Es por ello que mediante la traducción, retraducción, discusión entre jueces y laboratorios cognitivos se adecuaron al lenguaje y a la cultura de la población. Estos procedimientos aseguraron la mejor redacción, la fácil comprensión de las instrucciones y de los reactivos en cada uno de los instrumentos. Además, se realizaron los análisis factoriales exploratorios y de confiabilidad por alfa de Cronbach para su posterior aplicación.

De acuerdo con Guillemín (1995) para llevar a cabo la adaptación de instrumentos, es indispensable someterlos a un proceso de traducción y retraducción en el que se consideren las diferencias entre culturas y países implicados en la investigación. Para lograrlo, se toman en cuenta aspectos técnicos, lingüísticos y semánticos que aseguran el proceso metodológico de la adaptación cultural.

También, Nolin y Chandler (1996) proponen para construir o adaptar en forma individual o grupal un instrumento, el empleo de los laboratorios cognitivos. El proceso se

clasifica en dos grupos: el primero comprende métodos concurrentes, los cuales consisten en proporcionar información en un momento único, para después articular el significado y/o recordar un proceso mental; el segundo comprende los métodos retardados, donde las tareas cognitivas se llevan a cabo después de haber respondido la pregunta. Ambos métodos consisten en explorar: a) la comprensión de instrucciones y preguntas, b) el proceso empleado para recordar las preguntas, c) el orden en que se presentan las palabras y preguntas; d) la viabilidad de abordar ciertos temas; e) la confiabilidad de diferentes respondientes y; f) la forma de reducir el error atribuible a la medición.

Traducción y retraducción del instrumento

El procedimiento metodológico de traducción y retraducción se llevó a cabo para lograr la versión del instrumento en idioma Español. Por consiguiente, la prueba fue sometida al conocimiento de expertos en la lengua de inglesa y en el idioma de destino. Este proceso facilitó la traducción conceptual y literaria. Además, permitió la obtención más confiable del instrumento.

Instrumento. El instrumento empleado en este proceso evalúa las emociones positivas y negativas experimentadas en un día, de acuerdo a su intensidad.

- Prueba autoaplicable de positividad (Fredrickson, 2009). Está compuesta de 20 reactivos que evalúan la experiencia emocional en base a la proporción entre el afecto positivo y el negativo. Cada reactivo consiste en un trío de palabras que comparten semejanza (divertido, juguetón, simplón) al que los sujetos responden de acuerdo al grado en que las experimentan en cinco puntos de anclaje que van del 0 al 4, los cuales significan 0 = Nada, 1=Un poco, 2 = De forma moderada, 3 = Mucho y 4 = Muchísimo. La calificación se obtiene por la división entre el número total de reactivos positivos experimentados por lo menos

moderadamente (≥ 2) y el número total de reactivos negativos sentidos al menos un poco (≥ 1). El resultado es indicativo de *floreCIMIENTO* si es igual o mayor a una razón de 2.99:1 y de *languidez* si se encuentra por debajo de este³. En un estudio previo (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003) se detectó que el instrumento utilizado en población estadounidense obtuvo coeficientes de confiabilidad de .79 y .69 para emociones positivas y negativas respectivamente.

Procedimiento. En total se realizaron tres traducciones y tres retraducciones con seis especialistas en ambos idiomas. Se contactó a los diferentes traductores por teléfono, y se les enviaron los instrumentos por correo electrónico; medio que ellos también utilizaron para devolverlos posteriormente. Esta estrategia resultó efectiva para contar en tiempo con los instrumentos.

La traducción inicial fue concluida por tres expertos en ambos idiomas; dos de ellos conocieron los objetivos y conceptos implicados; uno más sólo recibió la solicitud de traducción. Este paso fue fundamental para determinar la existencia de significados inesperados de los instrumentos originales. Esta traducción inicial fue vertida nuevamente al idioma original por otros tres traductores expertos que desconocieron los fines y conceptos de los instrumentos, un hecho que permitió disminuir posibles sesgos.

³ El florecimiento es un estado de salud mental, caracterizado por altos niveles de bienestar subjetivo, psicológico y social, asociados a una alta proporción de afectividad positiva. Por su parte, la languidez, aunque también es considerada un estado de salud mental, en él se combinan bajos niveles de bienestar subjetivo, psicológico y social, asociados a mayor presencia de afecto negativo (Keyes, 2002, 2005, 2007; Ryan & Deci, 2000; Westerhof & Keyes, 2010).

La revisión y comparación de las traducciones y retraducciones mostraron diferencias mínimas en instrucciones y reactivos. La conclusión de la equivalencia cultural fue realizada por un comité de tres expertos en ambos idiomas que determinó semejanzas semánticas, idiomáticas, conceptuales y contextuales. Para estructurar los instrumentos se emplearon las palabras sugeridas más pertinentes.

Laboratorios cognitivos para la adaptación de instrumentos

En esta fase se empleó la metodología del laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual (Nolin & Chandler, 1996). Durante la prueba de los instrumentos, la investigadora planteó cada reactivo y formuló preguntas acerca del significado de conceptos clave (p.e. *enojado, asombrado, orgulloso*, entre otros); asimismo, solicitó al participante ofrecer alternativas para expresar la misma idea y mencionar cómo se lo explicaría a alguien más. La redacción final de los reactivos se sometió a un procedimiento de jueceo que determinó la viabilidad de su aplicación.

Participantes. La muestra estuvo conformada por 10 estudiantes de la licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la UNAM del sistema escolarizado y del turno matutino; 50% de las personas entrevistadas fueron mujeres y 50% hombres.

Instrumentos. El instrumento empleado fue el resultante del proceso de traducción y retraducción, más un cuestionario que se creó para evaluar aspectos psicológicos y sociales de acuerdo con la literatura de positividad. Los instrumentos sometidos a este proceso se encuentran en el anexo 1.

- Componentes sociales y psicológicos. Este instrumento, fue creado con el fin de explorar variables introducidas en este trabajo y complementar el tema de la positividad. Consta de 20 reactivos que indagan la presencia de aspectos sociales y psicológicos. Los aspectos sociales, están comprendidos en seis reactivos

asociados a dos dimensiones: las relaciones de apoyo, engloban los vínculos de los que se puede obtener ayuda emocional e instrumental, y, el apoyo social percibido, se basa en la impresión de que los demás están disponibles en caso de necesidad (Carr, 2007). Los aspectos psicológicos abarcan dos dimensiones y catorce reactivos: la primera dimensión, evalúa mediante ocho preguntas la resiliencia, que se refiere al afrontamiento efectivo ante la dificultad o adversidad y la adaptación frente a la pérdida. La segunda dimensión es el optimismo, el cual se evalúa a través de seis preguntas sobre información agradable (Fredrickson, 2001) (Tugade & Fredrickson, 2004). Las respuestas a cada reactivo se dan bajo un esquema de respuesta tipo likert de 5 puntos (0=totalmente en desacuerdo, 1=en desacuerdo, 2=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3=de acuerdo, y 4=totalmente de acuerdo) indican la menor o mayor presencia de los aspectos comprendidos en cada componente con el que la persona está conforme.

Procedimiento. Se solicitó la autorización de la escuela para realizar las entrevistas. Se explicaron los objetivos del estudio y el procedimiento que se llevaría a cabo. Al obtener el permiso, se contactó a los participantes con horario libre de clase y que se hallaban en lugares habituales de la institución como el patio, la cafetería o los pasillos. Las entrevistas se efectuaron en la sala de lectura de la biblioteca. Para lograr la participación voluntaria, se les explicaron los objetivos del estudio y se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado, así como su autorización para grabar las entrevistas (Ver anexo 2).

Las entrevistas fueron realizadas por una psicóloga y el proceso se desarrolló en tres rondas con 4, 4 y 2 participantes, respectivamente, lo cual permitió modificaciones en la redacción de los instrumentos. Se leyeron los reactivos y las opciones de respuesta, tantas veces

como fue necesario; después se preguntó: *¿Qué entiendes por la palabra? ¿Con qué otras palabras lo dirías? y ¿Cómo se lo explicarías a alguien más?*

Las entrevistas duraron en promedio una hora y media. Todas fueron grabadas y transcritas de manera íntegra; para facilitar sus análisis se concentraron en un formato todos los comentarios y observaciones que hicieron los participantes respecto a las dificultades en la comprensión de términos y reactivos de cada instrumento (Ver anexo 3).

Para lograr la redacción de los instrumentos, se presentaron los reactivos ante un grupo de tres psicólogos expertos del programa de Posgrado de la UNAM, quienes discutieron los términos y determinaron el empleo de palabras más comprensibles en la cultura.

Viabilidad de la aplicación de instrumentos en línea

Una vez modificadas las versiones de los instrumentos, se llevó a cabo una aplicación por escrito y en internet de todos los instrumentos. Para ambas aplicaciones se solicitó a los participantes evaluar la organización de los cuestionarios, la redacción de las instrucciones, el fácil ingreso a la página de internet y el tiempo de respuesta en línea. La modalidad de respuesta en un sitio web fue diseñada a partir de la necesidad de utilizar herramientas actuales que permitan mantener un *acercamiento* con los participantes de manera real en tiempo y forma. A través de estos procesos se obtuvieron los instrumentos para la aplicación final.

Participantes. Se conformó una muestra para aplicación, que constó de 70 sujetos. De estos, 33% cursaba el cuarto semestre y 37% el segundo semestre. Por género, 58 fueron mujeres y 12 hombres de entre 18 y 29 años de edad; solo un sujeto contaba con 50 años en el momento de esta aplicación. Esta muestra permitió excluir la posibilidad de dificultades al responder, al utilizar las opciones de respuesta y a la concentración total de las respuestas. Todos los estudiantes pertenecen a la carrera de Enfermería y Obstetricia de la UNAM del sistema escolarizado, turno matutino.

Instrumentos. Se emplearon los instrumentos resultantes de la adaptación (prueba autoaplicable de positividad, Cuestionario de componentes sociales y psicológicos) además de dos cuestionarios descritos más adelante, que cumplen con alto grado de confiabilidad y se vinculan al objetivo de este estudio. La versión modificada de todos los instrumentos se encuentra en el anexo 4.

- *Estilos de enfrentamiento.* (Zavala, Rivas, Andrade & Reidl, 2008). Consta de 20 reactivos que indican la frecuencia con la cual se usa cada uno de los cinco estilos de enfrentamiento (*evasivo, de distancia, reevaluación positiva, análisis cognitivo reflexivo, y negación*) de acuerdo a alguna situación estresante, en una escala de cuatro puntos (0=no, de ninguna manera, 1= en alguna medida, 2= generalmente, usualmente, 3=siempre, en gran medida). En cuanto a la evaluación, las respuestas se consideran de acuerdo a la mayor o menor frecuencia en el uso de determinado estilo de enfrentamiento. En población adulta mexicana se detectó un alto coeficiente de consistencia interna (.85) total y la tendencia general de evasión como respuesta al estrés.
- *Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol, AUDIT* (*por sus siglas en inglés*) (Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1992). Es un instrumento de tamizaje que indaga posibles problemas de consumo de alcohol. Consta de 10 reactivos que exploran: la frecuencia y cantidad de consumo a través de las preguntas 1 a la 3, los síntomas de dependencia con las preguntas 4 a la 6 y la presencia de problemas asociados por medio de las preguntas 7 a la 10. La calificación se obtiene de la suma de los valores asignados a cada una de las respuestas en una escala de 0 a 4. La puntuación total

mayor o igual a 8 se considera un indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como una posible dependencia de alcohol. En general, una puntuación alta en las tres primeras preguntas, sin puntajes elevados en el resto de las preguntas sugiere un consumo peligroso, de la misma forma, cuando hay puntajes elevados en los reactivos 4, 5 y 6 se sugiere la presencia de síntomas de dependencia y por último, los puntajes elevados en los reactivos 7 al 10 apuntan a un consumo nocivo para la salud. El AUDIT es un instrumento con validez transcultural y ha sido probado en jóvenes y adolescentes mexicanos con confiabilidad aceptable (De la Fuente, & Kershnovich, 1992; Flores, Rodríguez & Guzmán, 2006).

Procedimiento. Para la aplicación escrita y en internet, se solicitó a dos profesores ceder uno de sus horarios de clase. Ante su presencia, se pidió la participación voluntaria de los alumnos (2^o y 4^o semestres), explicándoles de antemano los objetivos del estudio, el procedimiento que se seguiría y el tiempo aproximado que les llevaría contestar. La respuesta que se obtuvo de los alumnos fue muy favorable pues respondieron a todos los cuestionarios, así como a una evaluación general donde se les preguntó: respecto a la organización de los instrumentos, instrucciones y ejemplos; también se les cuestionó sobre la claridad de las preguntas y su categorización.

Este procedimiento duró aproximadamente 40 minutos, y estuvo a cargo de una psicóloga que además de llevar el registro del tiempo, tomó nota de los comentarios respecto a las dificultades que tuvieron los participantes para responder tanto de forma escrita como virtual. Dichos comentarios abarcaron cada rubro (instrucciones, ejemplos, ítems, conceptos y orden de los cuestionarios) y fueron considerados de acuerdo a su recurrencia y similitud.

De esta manera, los participantes tras la aplicación en internet manifestaron: comodidad para responder en 15 minutos como máximo, así como claridad en las instrucciones, ejemplos y organización de instrumentos. En total se lograron 70 aplicaciones completas cuya evaluación permitió afinar los instrumentos para su aplicación en internet en el proceso posterior.

Etapa 2. Estructura factorial y aplicación de los instrumentos

Esta etapa tuvo como finalidad determinar la estructura factorial y fiabilidad de los instrumentos (AP, CSP), así como analizar las variables propuestas para conocer qué emociones positivas y negativas están relacionadas con niveles de alcohol en universitarios mexicanos. Esta etapa fue particularmente compleja pues se incursionó en la modalidad de respuesta en internet con replicas durante 16 días, dado que una medición de por lo menos dos semanas incrementa la certeza respecto a qué emociones tienen mayor presencia. Por consiguiente, se detectaron dificultades para mantener las respuestas de los participantes durante dicho periodo. Por esta razón, las réplicas se continuaron con estricto seguimiento bajo las condiciones más convenientes para los participantes y la investigación. Así, se instrumentaron estrategias para asegurar la información, documentar las características emocionales y su relación con niveles de consumo de alcohol, como se describe más adelante. Esta parte del trabajo de campo se comenzó a principios de agosto y se concluyó a mediados del mes de octubre de 2011.

Participantes. Se seleccionó una muestra no probabilística intencional de estudiantes de dos escuelas de la UNAM. Inicialmente 832 personas fueron registradas para participar, sin embargo, se hallaron inconvenientes en la obtención de respuestas lo que condujo a la decisión de utilizar otra estrategia para obtener una nueva muestra. Esta medida se apoyó en la valoración de respuestas consecutivas de dos semanas como mínimo para lograr la mejor medida emocional. De esta forma, la muestra quedo conformada por 383 alumnos, 84% mujeres y 16%

hombres de las licenciaturas de Enfermería (29.5%), Enfermería y Obstetricia (61.1%) y Trabajo Social (9.4%) de la UNAM.

Instrumentos y materiales. Fueron aplicados todos los instrumentos (prueba autoaplicable de positividad, Cuestionario de componentes sociales y psicológicos, Estilos de enfrentamiento y AUDIT) en un sitio seguro de internet. Así mismo se utilizó una cuenta de correo electrónico, posters, stands, instructivos impresos y digitales para motivar la participación. La versión final de los instrumentos y el material se pueden observar en el anexo 5 y 6 respectivamente.

Procedimiento. Se obtuvo el permiso correspondiente de las escuelas de la UNAM mediante un documento escrito con la explicación de los objetivos y el procedimiento a realizar. A partir del visto bueno de las autoridades, para lograr la colaboración de los alumnos se colocaron posters y stands en cada escuela, donde se hizo una invitación abierta a participar en curso taller de bienestar emocional. Para ello se explicaron los objetivos del estudio y el procedimiento a seguir.

Los alumnos que aceptaron fueron pre-registrados en un formato impreso, a partir del cual se creó una lista de distribución de correos electrónicos a la que se envió el instructivo, una invitación y un recordatorio para responder. Sin embargo, una gran cantidad de correos electrónicos fueron devueltos por no ser correctos, por lo que se modificaron puntos (punto com, punto mx, live punto com), dominios y guiones con escaso éxito. En el anexo 7 se puede ver un ejemplo de las invitaciones enviadas a los participantes.

Esta estrategia resulto poco efectiva para despertar el interés de los estudiantes, por ello, se pidió a algunos profesores asignaran una parte de la calificación a la evaluación total obtenida por el alumno al finalizar el curso escolar. Para ello, ante el profesor y el grupo, se explicaron los objetivos de la investigación, la confidencialidad de los datos y el procedimiento a

seguir. Además, se dio a conocer la cantidad de calificación parcial que obtendrían al responder durante 16 días los instrumentos, así como la libre voluntad para abandonar el proceso o no participar, sin perjuicio alguno a su proceso escolar.

Los alumnos que estuvieron de acuerdo enviaron un correo electrónico solicitando su participación, mismo que les fue devuelto con las instrucciones y vínculo electrónico para responder. Diariamente se descargaron las respuestas de los participantes y se ordenaron consecutivamente por día y sujeto. Los análisis factoriales y de confiabilidad se llevaron a cabo considerando la primera respuesta (un día) de toda la muestra. Posteriormente, para el análisis de variables y consumo de alcohol se tomaron en cuenta las respuestas dadas en 16 días a la prueba de positividad. Los anexos 8 y 9 presentan ejemplos del seguimiento a las respuestas de los participantes. Los datos se analizaron empleando la versión 19 del programa SPSS.

Consideraciones éticas

Los objetivos del estudio se presentaron ante las autoridades de la escuela para conseguir su aprobación y poder realizarlo. Así mismo, a cada participante se le solicitó el consentimiento firmado para participar y grabar las entrevistas, y de igual forma para obtener las respuestas en línea, una vez informados los objetivos del estudio.

Adicionalmente, se garantizó la participación voluntaria dando a conocer la libre voluntad para no colaborar o abandonar el proyecto en el momento que lo creyeran conveniente sin perjuicio alguno. Del mismo modo, se salvaguardó la confidencialidad y la identidad mediante el empleo de la información únicamente para lograr los objetivos del estudio, omitiendo cualquier otro dato que no fuera necesario para el análisis.

Por último, se retribuyó a la comunidad estudiantil en general, su colaboración; se efectuaron reuniones informativas de promoción de la salud mental positiva y se brindó

orientación psicológica dirigida al manejo de emociones positivas aún cuando los alumnos que lo solicitaron no participaron en el estudio.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos. Se inicia con las particularidades de los instrumentos adaptados; se mencionan los pormenores de la traducción y retraducción, los hallazgos de los laboratorios cognitivos y aplicaciones escritas. Posteriormente, se detallan los resultados de análisis factoriales exploratorios, así como de la consistencia interna. También, se muestra el análisis de las variables propuestas y su relación con el consumo de alcohol; se presenta la información sobre la presencia de emociones, se señala el aspecto de florecimiento y languidez, también, se subrayan los principales aspectos sociales y psicológicos, así como el consumo de alcohol y los estilos de afrontamiento característicos de esta muestra.

La información está organizada por etapas y se presenta de acuerdo a los procesos que fueron necesarios para estructurar la información y lograr los objetivos en el estudio.

Etapas 1. Adaptación de los instrumentos

Como ya se mencionó, para recopilar la información en esta etapa se utilizó el instrumento de positividad y el cuestionario de componentes sociales y psicológicos. La redacción de las instrucciones y reactivos que conforman los mismos se adaptó al contexto mexicano mediante los métodos de traducción, retraducción para la prueba de positividad, y de laboratorios cognitivos, discusión con jueces y prueba de aplicación en internet para ambos. A continuación se describen los procedimientos que se siguieron durante esta etapa. Las versiones de los instrumentos sometidos a este proceso se presentan en el anexo 1.

Traducción retraducción

La redacción de los reactivos y definición de los mejores conceptos en idioma español para la prueba de positividad se logró mediante la traducción. La versión resultante,

transformada al idioma de origen (retraducción) favoreció la comprensión de significados y la adecuación del vocabulario para la población de destino. La comparación de las versiones traducidas y retraducida mostraron diferencias mínimas en instrucciones y reactivos; los jueces resolvieron los desacuerdos mínimos presentes y establecieron las equivalencias culturales e idiomáticas en instrucciones y reactivos con las palabras más pertinentes. La versión final fue sometida al método de laboratorio cognitivo con el fin de favorecer la comprensión y mejorar la calidad de la información.

Laboratorios cognitivos

Como se describió en la sección correspondiente al método, la adaptación de los instrumentos se realizó a través del método de laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual y la conclusión de las versiones por la discusión de jueces. La información generada a través de dichos métodos fueron útiles para el empleo de términos de uso común entre la población de estudio, en consecuencia, se aseguró la pertinencia de los términos empleados en cada instrumento y la utilización de las alternativas para la comprensión de los mismos. Los conceptos clave, discusión y recomendaciones se muestran en el anexo 3.

A continuación se presenta la información generada para cada instrumento a través de este método.

Prueba autoaplicable de Positividad

En la prueba autoaplicable de positividad (AP) se modificó la estructura de todos los reactivos; los participantes mencionaron sinonimia entre las 3 palabras que refieren emoción (*¿qué tan divertido, fiestero o gracioso (a) te sentiste?*) por lo que se determinó mantener sólo una palabra en cada pregunta que refiere la emoción principal (*¿Qué tan divertido (a) te sentiste?*). Mediante esta misma técnica, se modificaron las palabras de los reactivos 7 y 18 (apenado (a), asustado (a)) y se incluyeron las palabras *tímido* e *inseguro* respectivamente, por lo

que sólo esas preguntas se conformaron por ambas palabras. Lo anterior se debió a las sugerencias de los participantes durante el proceso. Las palabras propuestas para el reactivo 7 fueron *tímido* y *temeroso* y una forma que utilizaron los estudiantes para expresarlas fue “algo que me hace sentir tonto, incomodo como eh, con cierto temor”. En cuanto al reactivo 18 la palabra *inseguro* tuvo el mayor consenso para expresar el mismo concepto y una manera de comunicarla fue “no pues se siente cuando ves algo desconocido, experimentas algo desconocido, cuando se te suben hasta la garganta”.

En cuanto a los demás reactivos, en las entrevistas se halló información que coincide con los términos; los entrevistados reconocieron los conceptos más frecuentemente relacionados con los términos y enunciaron ideas en general, con bastante consenso.

Para la palabra *divertido*, el concepto más frecuentemente relacionado se resumió a un momento en el que se está en plenitud y no importa dónde y con quién se está. Por ejemplo, “Son momentos donde no, este, bueno se te pasa bastante rápido el tiempo donde quisieras que fuera eterno de esa, de la diversión o si se entiende por diversión que fuera eterno, que, que te sientes a gusto, ya sea solo o acompañado o no importando el lugar o el contexto donde te encuentres”.

El concepto más mencionado para la palabra *enojado* se centró en una emoción desagradable que surge de una situación debida a circunstancias ajenas al deseo de la persona y en las que no existe opción para sentirse de otra manera. “Cuando pues no quieres sentirte así pero que no lo puedes evitar, sí, es personal uno si lo puede controlar pero hay circunstancias externas que este, ahora sí que llegan a, llegas a tu, a un punto que no puedes hacer nada más que enojarte”.

Al revisar las sugerencias para la palabra *avergonzado*, llama la atención que a pesar de que la mayoría coincidió en que es un sinónimo de la palabra *apenado* que se explora en

el reactivo 7, hubo pleno consenso en señalar que la *vergüenza* es una situación personal, algo que hizo o dijo la persona, es decir, tiene responsabilidad propia. “cuando sientes que no realizaste algo o dijiste algo que no debería ser”. “Pasar al pizarrón o contestar mal enfrente de todos y que te corrijan, una situación así, que te da vergüenza, hasta enojo en cierto punto o decir algún comentario que no era apropiado”. Se revisaron las definiciones de los términos en el Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE, 2001) y no se encontraron diferencias en las definiciones vertidas por los sujetos. La definición propuesta por la RAE señala que la *vergüenza* es una ofuscación de ánimo ocasionada por alguna falta cometida propia o ajena o por alguna acción humillante. Como se mencionó, las sugerencias vertidas por los participantes para la palabra *apenado* indicó el empleo de dos términos para el reactivo.

Por otra parte, la palabra *asombrado* fue conceptuada fácilmente, sin embargo, aunque los participantes refirieron que es una emoción positiva relacionada a la intensidad o grado del evento (inesperado), puede tener un extremo negativo, ya que puede ir desde sólo llamar la atención hasta impresionar, por ejemplo, algunos participantes mencionaron “Pues cuando te sientes asombrado es cuando realmente algo te llega a sorprender o hacerte sentir de alguna forma de buena forma”; “Pues algo que causó, bueno, asombrado yo entiendo algo que causa sensación, sorpresa este, un poco inesperado, sentido de agradable también, este, pues algo que ¡wow! ¿cómo fue posible esto?”. Al indagar el posible extremo negativo, el consenso se situó en las expectativas que tiene la persona al ser sorprendida, por ejemplo, “Asombrada es cuando no sé, te encuentras con algo que no te lo esperabas, no sé, si alguien te da una sorpresa o tú tenías pensado alguna situación y te salen con otra”.

Al explorar la palabra *ofensivo* se detectó mínima dificultad para entender la direccionalidad del concepto, dos entrevistados consideraron que el reactivo se refería a las ofensas que habían recibido de otras personas. Sin embargo, la mayoría consideró a la *ofensa*

como emoción negativa que implica tratar mal, violentar, agredir o perder el respeto a otra persona e incluso hacerla menos o disminuirla involucrando palabras y actitudes pero no daño físico: “Pues cuando tratas a alguien mal o lo ofendes”; “Es cuando haces algo que no está bien, causas algún daño de cierto modo, dices algo o haces algo que no está bien y que puede molestar a una o a varias personas”.

En el caso de la palabra *fastidiado* los participantes reconocieron el término y lo conceptuaron como una emoción negativa motivada por una situación fuera del control de la persona, en la que se produce un agudo malestar acompañado de síntomas como la desesperación y el cansancio que agotan los recursos para continuar enfrentando la situación. “Fastidiada es cuando ya no soportas a nadie, cuando no sé a lo mejor llega un momento en el que no quieres estar con gente, ni hacer nada ya de plano no aguantas”; “Fastidiado entiendo por cansancio, por este, ya no tengo pilas, este, me siento agotado, este, irritado he, me siento un poco molesto ya, ya no quiero hacer nada este, sí es lo que entiendo”.

Con respecto a la palabra *agradecido*, no se presentaron problemas de comprensión. Las opiniones coincidieron en una emoción positiva que “hace” sentir bien, sujeta al reconocimiento de otros por las buenas acciones que se hayan realizado. Para algunos entrevistados, estas *buenas acciones* implican una retribución o correspondencia con manifestaciones verbales, gestuales (sonrisa) actos o sentimientos por el favor recibido. Una minoría expresó que esta forma de sentir se presenta aún en la inexistencia de un reconocimiento por parte de otros, es decir, sin condición de reciprocidad. “Bueno, cuando te das cuenta que a otras personas les gusta lo que estás haciendo, eso entiendo por agradecida, es cuando hay una satisfacción porque terceras personas te manifiestan algún sentimiento grato para ti, por ejemplo yo estoy agradecida con la señora, la mamá de las niñas, porque creo que como le gusta cómo cuido a sus hijas, este, pues en cierta forma me ayuda en los pasajes, ya me dijo ayer que si no

quiero que me compre libros, ayudarme aquí en la escuela, entonces, pues yo me siento agradecida porque *digo por algo me está diciendo ¿no?*”

La percepción general de los entrevistados para la palabra *culpable* se concentró en una emoción negativa causada por una acción motriz o verbal no permitida socialmente. También señalaron que es un error propio que afecta a terceros, por lo que generalmente se asocia al arrepentimiento. “Pues en nuestro ámbito yo lo explicaría no sé, por decir en la administración de medicamentos, un ejemplo que pasó a una compañera que no se fijó bien en las indicaciones, este, no se fijó ni siquiera en el paciente, administró un fármaco y, este, al darse cuenta del error que había cometido, posteriormente, empezó con un sentimiento de culpa de que *le voy a hacer daño* de que, *no sé*, este, es una reacción a la cual, tú hacer cierta acción en este caso una, este, ésta acción de no fijarte, de no estar segura de lo que haces y esa reacción, esa, ese sentimiento de lo que hizo”.

Por otro lado la palabra *rencoroso* se expresó como una emoción negativa que se mantiene o pervive dentro de la persona (es inolvidable), cuya referencia es otra persona. Aunque el concepto es ampliamente comprendido, los objetos o situaciones fueron poco consideradas como el origen de la emoción, la forma de relacionarla fue la falta de perdón debido al egoísmo de otras personas y el odio. “Cuando guardas rencor, guardas cierto odio hacia alguna persona”; “Es estar molesto con alguien o con algo, una injusticia, este, *nunca te voy a perdonar*, este, me las va a pagar algún día”.

La palabra *esperanzado* no presentó dificultades de comprensión y los conceptos mencionados fueron relacionados a una actitud positiva con un profundo deseo mental (pensamiento) de que suceda o se cumpla un evento apartado de los medios de la persona para su culminación. “Es una actitud que adoptas cuando tú, este, es una actitud que tú adquieres cuando no se te ha cumplido, no sé, no se ha realizado algún acontecimiento que tu anhelas en la vida”.

Los conceptos más importantes relacionados a la palabra *inspirado* se resumieron en una emoción de tipo positivo vinculada estrechamente al ejercicio de la atención o concentración generada por una motivación intrínseca para realizar una o varias actividades con la seguridad de que estará (n) bien realizada (s). “Son momentos, ya sean días, meses o alguna hora donde tú capacidad, este, cognitiva o este, o bueno, lo que tú estas de una percepción, pues digamos mayor a la que comúnmente tú tienes, es como un momento donde tú puedes yo creo que resolver el problema, donde tú puedes hacer cosas que tú no te imaginabas que podrías hacerlo en un momento cualquier de tu vida”.

En el caso de *interesado*, los participantes utilizaron principalmente conceptos ligados a un ejercicio cognitivo (atención) y al interés de obtener un beneficio que supone placer. “En mí por decir, me, la primera vez que me enfoqué en algo fue precisamente en un seminario de investigación, en el cual a mí no me había llamado la atención ésta cuestión de la investigación, pero al meterme más a fondo, este, ahora sí que me fue interesando, creó esa expectativa en mí y ese gusto, un gusto, pues esa emoción y todo por conocer más”.

De todas las palabras que se exploraron, “alegre” fue probablemente la que más se ajustó a la definición original en idioma inglés y mejor identificada en español. El consenso se ubicó en una emoción positiva momentánea en la que se involucra un estado de contento y felicidad. “Pues que te sientes dichoso, te sientes muy contento de todo lo que tienes, este, muy feliz este, siento más satisfacción conmigo y con los demás, cuando estas alegre, este, es cuando te sientes bien este, que, como que todo es bueno, no perfecto, pero te sientes bien contigo mismo, con algún hecho, con alguna persona y algo que te cause alegría”.

Amoroso fue una palabra aludida completamente a la manifestación de afecto positivo entre los entrevistados. Los conceptos coincidieron en una expresión a través de palabras o acciones (abrazar, besar, acariciar) a otras personas (dar) o de reconocer el afecto de otros hacia

sí mismo (recibir). “Que tengo sentimientos hacia, buenos sentimientos o que tengo ganas de dar”; “Es cuando una persona te expresa sentimientos bonitos como abrazarte, besarte, acariciarte, decirte palabras bonitas”.

Una posible desventaja se halló en la palabra *orgullosa*, aunque la mayoría de los entrevistados la connotaron positivamente, se detectó en una entrevista lo contrario “Es una persona que no olvida las cosas malas y que no sabe pedir perdón”. No obstante, se conservó la palabra porque se manifestó en general, como una forma de sentir positiva que implica la demostración a los demás por sus logros alcanzados y/o un reconocimiento por los propios. “Que sientes satisfacción por algo, sobre todo por ti mismo, como que siento que la palabra o por alguien”; “Que te sientes bien por tus logros”.

En general, se encontró que la palabra *triste* fue reconocida como una emoción negativa que obvia la ausencia de alegría y causa incomodidad, además de que señala una dificultad de la persona para dejar de sentirla. “Pues es una emoción que te lleva a estar desanimado”; “Algo que no se puede cambiar que está ahí que te causa molesta, alguna irritación algo que causa dolor, algo que te deprime”.

El término *sereno* fue uno de los más ampliamente reconocidos, particularmente, los entrevistados lo correspondieron a la tranquilidad y lo conceptuaron como un momento de armonía. “Pensé luego, luego en tranquilidad, pues es como bienestar”; “Serena es cuando haces las cosas en calma, sin nadie que te apesume, que no tienes esa presión de que ya lo tienes que hacer sino cuando lo haces con gusto”.

Finalmente, *estresado* fue el término más reconocido por los participantes. Al revisar las entrevistas se destacó principalmente que esta emoción forma parte de la vida diaria de los participantes, sin que esto quiera decir que los representa como estresados. También se encontró que las consecuencias negativas son ampliamente reconocidas y parecen estar más

relacionadas a actividades académicas. “Con mucha presión, muchas tareas, muchos pendientes, sientes que la cabeza te va explotar”; “El estrés es un estado emocional, emocional donde tienes diversas manifestaciones a nivel perceptual de no poder realizar tus actividades, este, dirías como tal, o se manifiesta como un nerviosismo o con sudoración, con dolores a distintos niveles del cuerpo, cabeza, estómago, taquicardias”.

En la nueva versión se incluyeron categorías de respuestas “ningún día”, “algunos días”, “casi todos los días” ó “todos los días” que indagan la frecuencia con que se ha sentido cada emoción en el último mes.

De este modo, la última versión de la prueba de positividad quedo conformada por 18 reactivos por un concepto clave y en los dos restantes por las dos palabras en las que hubo mayor consenso para medir la intensidad en un día y también la frecuencia con que se ha sentido cada emoción en el último mes; en consecuencia, se logró una prueba que permite identificar la cantidad y la presencia de las emociones más recurrentes. En esta versión, se puede proceder en dos pasos: se examina la intensidad de cada emoción en el momento actual y se continúa con la frecuencia en el último mes. La versión modificada se presenta en el anexo 4.

Cuestionario de componentes sociales y psicológicos

En cuanto al cuestionario de componentes sociales y psicológicos (CSP) a partir del laboratorio cognitivo; se modificó la redacción de 10 de los 20 reactivos y el orden de 17 preguntas que motivaron confusión en los participantes, sólo los reactivos 1, 2 y 16, no cambiaron su posición.

En la nueva versión la redacción de las preguntas se ajustó al uso de conceptos comprensibles para esta población, es por ello que la mitad de los reactivos sufrieron cambios.

En el reactivo *Me libero rápidamente de situaciones difíciles*, los entrevistados comprendieron el concepto y lo expresaron como “Liberarte precisamente eso, cuando puedes

lograrlo, que no te das por vencido y sales adelante” y “Cómo salir de eso que te esta precisamente encerrando”. En ese sentido, la oración final se redactó *Salgo rápidamente de situaciones difíciles*.

En cuanto al reactivo *Siempre espero que me pasen más cosas buenas que malas* entre las oraciones enunciadas están “Que me sucedan, inteligente, pues cosas aprobatorias, dinero o alguien que gana bien o encontrarme algo que quería mucho y puedo tenerlo” y “Que sucedan cosas que te causan placer satisfacción, cosas buenas positivas”. La redacción final para esta oración fue “Siempre espero que me sucedan más cosas positivas”.

Al revisar los comentarios para el reactivo *Me gusta hacer frente a situaciones nuevas o inusuale*, se encontraron diferencias en la comprensión del concepto, los participantes enunciaron cosas como “Experimentar cosas nuevas, cosas que te, que tomando el riesgo me cause placer, alegría o alguna situación triste pero que sea algo nuevo, aunque implique que involucre esas emociones, que implique algo nuevo” y “Es cuando tú tienes la decisión de hacer alguna actividad dada o de hacer frente, a no pero esa es la palabra, pues sí, es hacer alguna actividad dada” y la expresión para trasladar la misma idea fue experimentar, por lo que la oración *Me gusta experimentar situaciones nuevas o inusuales*, fue adecuada en la nueva redacción.

En la oración *Cuando las cosas me van mal terminaran mal*, las palabras *me van mal* causaron confusión y mostraron distorsión al sentido del reactivo. La expresión quiere denotar un evento negativo que se esperar tenga el mismo resultado. Una minoría considera que el siguiente evento va ser negativo, por ejemplo, “Que las cosas van a seguir igual, bueno que no van a cambiar por el momento, que así que hazte a la idea de que pues todo va estar mal, así que ponte fuerte porque todo va seguir”. El concepto se mejoró al hacer la oración más específica: *Cuando las cosas están mal, terminarán mal*.

Para el reactivo *Me gusta pensar cuidadosamente antes de actuar* se emplearon expresiones como “Es cuando piensas paso a paso todo lo que vas a hacer y lo que puede pasar, si voy a hacer algo puede pasar esto, todas las posibilidades que puedes tener de lo que vas a hacer”, la mayoría empleo la palabra *analizar* para expresar la oración, que se finalizó como *Me gusta analizar antes de actuar*.

Respecto a la oración *No tengo muchas amistades cercanas y de confianza para contarles mis cosas* presentó dificultades para entenderse, la mayoría de los entrevistados expresó las palabras *confianza* y *mis problemas* para referirse a las personas y cercanía, además de aspectos de sí mismos, omitiendo el sentido negativo de la frase, por lo que se redactó en sentido positivo y se concreto como *Tengo amigos de confianza para contarles mis problemas*.

En cuanto a la frase *Tengo pocos amigos con quienes compartir experiencias* se observó que el consenso señaló que las experiencias no sólo se comparten con los amigos y expresó la idea con oraciones como “Pues pasar buenos momentos, pues es que para eso no es necesario ser tan amigo ¿no? puedes tener una buena experiencia con una persona que también vas a encontrar”, la revisión final originó el reactivo *Tengo pocas personas con las que puedo compartir experiencias*.

Para el reactivo *Me describo a mi mismo (a) como una persona con mucho carácter* se detectaron dificultades en la comprensión, la mayoría de los entrevistados tuvo dificultad en la comprensión de los términos mucho carácter. Las opiniones fueron encontradas e involucraron términos como *fuerte carácter* y *temperamento*, ambos relacionados sin representar el sentido del reactivo. las expresiones vertidas fueron “Mucho carácter puede ser mucho carácter, puede ser enojo, algo así, o mucho carácter positivo a lo mejor, como alegre, la primera impresión es de enojo, a veces ese no sé, mucho carácter lo puedo entender quizás como enojón o como que soy enojón, pero también mucho carácter, puedo tomar como mas hacia el lado positivo como tanto

un carácter amigable o mucho carácter amigable o algo así, entonces me considero de mucho carácter en ese aspecto” y “es que ya pensándolo bien, todos tenemos carácter, no es mucho o poco, yo creo que la cabeza más bien lo piensa, más bien por cómo se refieren los demás a mucho carácter, pues alguien fuerte, alguien que no se doblaga, por eso yo dije ni en acuerdo ni en desacuerdo, porque yo realmente me sentí doblegado, tal vez no tengo tanto carácter como creía o como se hace pensar la gente que es lo que es tener mucho carácter pero realmente son cualidades”. Es así que la oración final fue *Me describo como una persona con mucha fortaleza*.

Al revisar las opiniones para la oración *Me gusta darle la cara a los problemas* el mayor consenso estuvo en el empleo del término *afrentar* en expresiones como “Afrontar lo que hiciste” y “Tienes este, a un lado la decisión de enfrentar algo que te dobla o te causó algún problema, así que puedes enfrentarlo y tratar de buscar alguna solución así”. La redacción concluyó con la frase *Me gusta afrontar los problemas*.

En último lugar, la nueva redacción del reactivo *Tengo amistades con quienes comparto los buenos momentos de mi vida*, fue motivada porque la mayoría refirió los buenos momentos como agradables y utilizó expresiones como “Los buenos momentos son cuando realizas algo que te gusta mucho, que te da placer y están tus amigos ahí y lo compartes”. La oración final se enunció como “Tengo amistades con quienes comparto los momentos agradables de mi vida”.

Como se señaló, el cambio de posición de 17 reactivos concordó con las expresiones dadas por los participantes, las cuales fueron referidas inmediatamente después de dar lectura a la oración correspondiente, por ejemplo, “Va relacionada con la otra, con anterior (no tengo muchas amistades.)”. Así, la versión final del cuestionario de componentes sociales y psicológicos abarcó los conceptos y definiciones más empleados por esta población. La versión modificada se presenta en el anexo 4.

Como pudo apreciarse a lo largo de este apartado, las técnicas empleadas durante la adaptación, posibilitaron la obtención de valiosa información sobre aspectos que contempla cada instrumento; ayudaron a determinar la pertinencia cultural y contextual de los términos en cada reactivo; facilitaron la exclusión de las dificultades en la comprensión de definiciones, instrucciones, ejemplos y condiciones de respuesta.

Al concluir, se obtuvieron instrumentos más adecuados al contexto cultural, con los términos y los conceptos más empleados entre la población objeto; se lograron nuevas versiones más comprensibles y fáciles para ser sometidos a una prueba de ejecución en línea (web).

Viabilidad de la aplicación de instrumentos en línea

Cabe resaltar que este proceso involucró una aplicación escrita y en internet con los instrumentos mencionados en el apartado anterior, además, de la prueba AUDIT y el cuestionario de Estilos de afrontamiento con la finalidad de mejorar la información y evitar confusiones en la aplicación definitiva en internet.

En relación a los resultados de éstas aplicaciones, los participantes ($n = 70$) dieron el total de las respuestas a los instrumentos y el total de evaluaciones a las características de los mismos, mostrándose en su mayoría de manera favorable para el contenido y orden de los cuestionarios, la mayoría mencionó haber dado el total de respuestas en aproximadamente 15 minutos, también señalaron que entendieron con claridad el objetivo, los reactivos y sus categoría de respuesta. La tabla 2 muestra los comentarios más relevantes al respecto.

Tabla 2.

Comentarios respecto a los instrumentos aplicados por escritos (n = 70)

Rubros	Positivos	Negativos
Instrucciones	Se entienden Explican lo que hay que hacer. Dan claridad para responder.	Extensas. Mucho texto.
Ejemplos	Facilita las respuestas. Ilustran. Muestran cómo responder. Guían para responder.	Extensos. Son muy largos.
Reactivos	Buena organización. Se entienden claramente. Son específicas. Ayudan a seguir un orden. Son concretos.	Un poco largos.
Conceptos y opciones de respuesta	Se entienden las palabras. Son palabras cotidianas. Palabras de nuestra edad. Palabras explícitas y claras. Opciones están en orden.	Los números de las opciones me marean.
Orden cuestionarios	Bien, va de lo específico a lo general. Todos están organizados. Lleva un orden.	No tienen relación. El AUDIT debería estar al final. Muy largo.

Nota. Se consideraron los comentarios más importantes de todos los instrumentos.

Todo lo anterior permitió garantizar la mejor conformación de los instrumentos para llevar a cabo el análisis factorial, la aplicación definitiva en internet, la exploración de variables y el análisis de la relación con consumo de alcohol, los cuales se detallan a continuación en ese orden.

Etapa 2. Estructura factorial y aplicación de instrumentos

La información obtenida en esta parte del estudio, permitió establecer las características sociodemográficas de los participantes y determinar la estructura de agrupación de los reactivos y la capacidad que tiene cada instrumento (AP y CSP) para obtener resultados similares en aplicaciones subsecuentes. Asimismo, permitió conocer las características de cada una de las variables propuestas y su relación con el consumo de alcohol. Cabe recordar que el proceso de esta etapa incluyó el uso de internet para la obtención de la información y se comenzó a finales del mes de Noviembre de 2011 y concluyó en el mes de Junio de 2012.

Los hallazgos se muestran por cada instrumento y de acuerdo a cada análisis realizado (factorial, presencia de variables y su relación con el consumo de alcohol).

Estructura factorial de instrumentos

A partir de los análisis factoriales y de fiabilidad, se determinó la composición de los instrumentos que fueron aplicados en internet y permitieron el posterior análisis de variables y su relación con el consumo de alcohol. La versión final de los instrumentos se muestra en el anexo 5.

Los estudiantes que participaron en esta etapa del estudio fueron 383 con edades comprendidas entre los 17 y 43 años ($X=20.7$, $DS=3.70$) inscritos en nivel medio superior de las escuelas de Trabajo Social y Enfermería y Obstetricia de la UNAM, de los cuales el 84% representó a las mujeres y 16% a los hombres. La mayoría reportó estar soltero (a) (89%) y en menor proporción estar casado (a) (4%) al momento del estudio. Respecto a la carrera y el semestre, en mayor proporción los estudiantes estaban cursando la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia (61%) de los cuales 64% eran mujeres y 47% hombres. El 45% de los participantes se encontraba cursando el primer semestre de la carrera. Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 3.

Tabla 3.
Características de la muestra por sexo (n = 383)

	Mujer (n = 322)		Hombre (n = 61)		Total (n = 383)	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Edad	20.7	3.9	20.7	2.8	20.7	3.7
	f	%	f	%	f	%
Estado civil						
Soltero (a)	281	87.3	59	96.7	340	88.8
Unión libre	15	4.7	1	1.6	16	4.2
Casado (a)	16	5.0	1	1.6	17	4.4
Separado (a)	7	2.2	0	.0	7	1.8
Divorciado (a)	1	.3	0	.0	1	.3
Viudo (a)	2	.6	0	.0	2	.5
Religión						
Católico (a)	232	72.0	34	55.7	266	69.5
Creyente	42	13.0	7	11.5	49	12.8
Ninguna	29	9.0	12	19.7	41	10.7
Cristiano (a)	19	5.9	7	11.5	26	6.8
Otra	0	.0	1	1.6	1	.3
Carrera						
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	205	63.7	29	47.5	234	61.1
Licenciatura en Enfermería	86	26.7	27	44.3	113	29.5
Licenciatura Trabajo Social	31	9.6	5	8.2	36	9.4
Semestre						
Primer semestre	142	44.1	29	47.5	171	44.6
Tercer semestre	71	22.0	15	24.6	86	22.5
Quinto semestre	96	29.8	13	21.3	109	28.5
Séptimo semestre	9	2.8	3	4.9	12	3.1
Noveno semestre	4	1.2	1	1.6	5	1.3

Nota. Frecuencias y porcentajes obtenidos del total de hombres y mujeres que participaron en el estudio.

Prueba autoaplicable de positividad (AP)

Respecto a la prueba de positividad, el análisis de discriminación entre los reactivos confirmó la presencia de diferencias estadísticamente significativas en los 20 reactivos, los cuales a través de una evaluación de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con valor de

0.854 y una prueba de Esfericidad de Bartlett situada en $\chi^2 = 2799.705$, $p = 0.000$, se constató la pertinencia para realizar el análisis factorial.

Se utilizó un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales con rotación Varimax, en el que se consideraron los reactivos con pesaje factorial ≥ 40 y se definieron como factores a partir de tres reactivos. La escala se dividió en tres factores explicando 40.65% de la varianza total (Ver tabla 4).

De esta manera se determinó “renombrar” las agrupaciones para dar lugar a una lectura válida y congruente del constructo.

El primer factor integró diez reactivos con referencia a emociones positivas (diversión, asombro, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría, amor, orgullo y serenidad) que en conjunto tuvo una confiabilidad de 0.86. Este factor se nombró *componente emocional positivo* (CEP).

El segundo factor agrupó seis reactivos de tipo emocional negativo relacionados a sensaciones de malestar, desesperación y cansancio (enojo, ofensa, rencor, tristeza, fastidio, estrés); Por lo que este factor se denominó *vivencia emocional negativa* (VEN). Presentó una confiabilidad de 0.76.

El tercer factor se constituyó de cuatro reactivos vinculados a la percepción de incertidumbre e incomodidad (asustado-inseguro, pena-timidez, vergüenza, culpa). Este factor se señaló con el título de *percepción emocional negativa* (PEN), cuya confiabilidad fue de 0.73.

Finalmente, el análisis de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach para el instrumento global de la prueba autoaplicable de positividad obtuvo el valor de 0.79. Asimismo los índices de fiabilidad para cada uno de los tres factores se mostraron con niveles de confiabilidad adecuados y consistentes con los reportados por la autora (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).

Tabla 4.
Análisis factorial de la prueba autoaplicable de positividad (n= 383)

Variables	Factores		
	CEP	VEN	PEN
¿Qué tan inspirado (a) te sentiste el día de ayer?	.81		
¿Qué tan interesado (a) te sentiste el día de ayer?	.74		
¿Qué tan esperanzado (a) te sentiste el día de ayer?	.73		
¿Qué tan orgulloso (a) te sentiste el día de ayer?	.61		
¿Qué tan alegre te sentiste el día de ayer?	.55		
¿Qué tan divertido (a) te sentiste el día de ayer?	.54		
¿Qué tan agradecido (a) te sentiste el día de ayer?	.54		
¿Qué tan asombrado (a) te sentiste el día de ayer?	.53		
¿Qué tan amoroso (a) te sentiste el día de ayer?	.52		
¿Qué tan sereno (a) te sentiste el día de ayer?	.47		
¿Qué tan estresado (a) te sentiste el día de ayer?		.71	
¿Qué tan fastidiado (a) te sentiste el día de ayer?		.63	
¿Qué tan enojado (a) te sentiste el día de ayer?		.57	
¿Qué tan triste te sentiste el día de ayer?		.51	
¿Qué tan rencoroso (a) te sentiste el día de ayer?		.43	
¿Qué tan ofensivo (a) te sentiste el día de ayer?		.40	
¿Qué tan avergonzado (a) te sentiste el día de ayer?			.69
¿Qué tan apenado-tímido (a) te sentiste el día de ayer?			.58
¿Qué tan culpable te sentiste el día de ayer?			.57
¿Qué tan asustado-inseguro (a) te sentiste el día de ayer?			.55
Alfa de Cronbach para cada factor	0.869	0.768	0.736
Alfa de Cronbach total	0.797		

Nota. Saturaciones factoriales obtenidas por rotación Varimax.

Cuestionario de componentes sociales y psicológicos (CSP)

En cuanto al cuestionario de Componentes sociales y psicológicos a partir del análisis de correlación ítem total se detectó que los reactivos “Cuando las cosas están mal terminaran mal” y “conozco pocas personas con quienes compartir experiencias en la vida” mantenían correlaciones muy inferiores al resto de la escala (.305 y .181 respectivamente) por lo que estos elementos fueron eliminados. El 80% restante discriminó adecuadamente entre grupos extremos por lo que fueron sometidos a la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que arrojó un

coeficiente de 0.878 y a la prueba de Esfericidad de Bartlett situada en $\chi^2 = 2491.100$, $p = 0.000$ permitiendo el siguiente análisis.

En el análisis factorial exploratorio con rotación Varimax se consideró el peso factorial de ≥ 0.40 para definir los factores de los dieciocho reactivos, los cuales revelaron una estructura de cuatro factores que en conjunto explican el 58% de la varianza total (Ver tabla 5).

El primero estableció siete reactivos de *resiliencia* y se determinó con ese título; muestra las creencias sobre las propias capacidades para afrontar la adversidad y evitar futuras dificultades (*me gusta hacer cosas nuevas y diferentes, me gusta afrontar los problemas, me gusta experimentar situaciones nuevas e inusuales, me gusta analizar antes de actuar, me gusta probar nuevos alimentos, me describo como una persona con mucha fortaleza salgo rápidamente de situaciones difíciles*) con aceptable consistencia (0.76).

El segundo se nombró *respaldo social* y agrupó cuatro afirmaciones respecto a vínculos sociales, específicamente, a la impresión de que se cuenta con el apoyo de otros para la obtención de ayuda cuando se requiera, especialmente de los seres más cercanos (*tengo amigos de confianza para contarles mis problemas, tengo amistades con quienes comparto momentos agradables de mi vida, sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades, conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida*) con alta consistencia (0.84).

El tercero se identificó con el nombre de *optimismo* y concentró cuatro reactivos relacionados a la expectativa general de que en el futuro ocurrirán cosas más buenas que malas (*siempre espero que las cosas salgan bien, siempre espero que me sucedan más cosas positivas, siempre veo el futuro con optimismo, en tiempo difíciles, generalmente espero lo mejor*) también con alta consistencia (0.81).

El último reunió tres afirmaciones relacionadas al esfuerzo cognitivo y conductual que la persona debe realizar para afrontar situaciones demandantes (*pocas veces espero que me pase algo bueno, me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solos, ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar*) este conjunto se nombró *desánimo* y mostró mediana consistencia (0.63).

Por otro lado, dada su consistencia interna, se analizó por separado el factor sobre *desánimo* y se encontró que sus elementos mantienen correlaciones bajas del resto de la escala, además, si se eliminan las preguntas que lo componen, la consistencia se mantiene igual. Por lo tanto la subescala se consideró en los análisis de comparación, pero se excluyó del análisis de regresión.

Por último, el análisis de consistencia interna mediante alfa de Cronbach para la prueba de Componentes sociales y psicológicos reveló un valor total de 0.86; confiabilidad aceptable, considerando el número de variables en cada uno de los cuatro factores, su interdependencia y su relación en conjunto.

Resumiendo, los hallazgos hasta el momento acopian valiosa información para medir la presencia de las emociones y recursos psicológicos y sociales de manera fiable. De ahí que en lo subsecuente se analizó la información de cada una de las variables propuestas en el estudio (emociones, recursos sociales y psicológicos, afrontamiento y consumo de alcohol) y se detalló lo más relevante de su ocurrencia para con posterioridad determinar su relación con el consumo de alcohol e identificar las necesidades sobre las que se debe poner atención de forma científica en pro de la salud mental positiva.

Tabla 5.

Análisis factorial de los Componentes sociales y psicológicos (n = 383)

	Factores			
	Resiliencia	Respaldo	Optimismo	Desánimo
Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes	.730			
Me gusta afrontar los problemas	.651			
Me gusta experimentar situaciones nuevas e inusuales	.622			
Me gusta analizar antes de actuar	.534			
Me gusta probar nuevos alimentos que nunca he probado	.520			
Me describo como una persona con mucha fortaleza	.499			
Salgo rápidamente de situaciones difíciles	.479			
Tengo amigos de confianza para contarles mis problemas		.841		
Tengo amistades con quienes comparto momentos agradables de mi vida		.835		
Sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades		.822		
Conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida		.663		
Siempre espero que las cosas salgan bien			.776	
Siempre espero que me sucedan más cosas positivas			.764	
Siempre veo el futuro con optimismo			.713	
En tiempo difíciles, generalmente espero lo mejor			.541	
Me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solos				.810
Ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar				.724
Pocas veces espero que me pase algo bueno				.646
Alfa de Cronbach para cada factor	0.762	0.847	0.813	0.639
Alfa de Cronbach total	0.867			

Nota. Saturaciones factoriales obtenidas por rotación Varimax.

Evaluación representativa de las variables planteadas tras la aplicación de instrumentos

La estructura definitiva de los instrumentos de positividad y de componentes sociales y psicológicos proporcionada por los análisis factoriales y de fiabilidad, además del empleo de las pruebas AUDIT y de afrontamiento, se dispusieron en internet con el fin de determinar la relación entre las variables mencionadas y el consumo de alcohol.

Es importante resaltar que los hallazgos sobre las emociones y positividad se obtuvieron tras la aplicación de la prueba autoaplicable de positividad durante 16 días consecutivos, lo anterior debido a que una medida de por lo menos dos semanas incrementa la certeza sobre aquellas emociones que podrían propiciar un buen estado de salud. Como se describió al inicio de esta etapa, los estudiantes ($n = 383$) que colaboraron en el proceso correspondiente a la estructura factorial de instrumentos, también favorecieron la aplicación de los mismos, así, 84% mujeres y 16% de hombres entre 17 y 43 años ($\bar{X} = 20.7$, $DS=3.70$) inscritos en nivel licenciatura de las escuelas de Trabajo Social y Enfermería y Obstetricia de la UNAM respondieron en internet todas las pruebas.

A través de este método y como se explica más adelante, se logró información referente al área que examina cada instrumento; se analizó la manifestación y relación con el consumo de alcohol en esta muestra. Así mismo, se comprobó la viabilidad (ventajas y desventajas) de la utilización del internet para la obtención de datos científicos.

Expresión de emociones positivas y negativas

Respecto a las emociones positivas, se presentaron en mayor proporción y con la mayor intensidad⁴ la diversión (33%), la alegría (35%) y el amor (28%), seguidas casi en igual proporción pero con menor intensidad por el agradecimiento (29.8%), la inspiración (31%), el interés (33%), el orgullo (27%) y la serenidad (38%).

En cuanto a estas emociones y las diferencias por sexo, los hombres reportaron más diversión (43%), alegría (49%), inspiración (38%), interés (34%), orgullo (29%) y serenidad (38%) comparado con las mujeres que sólo sintieron más agradecimiento (31%), asombro (37%) y esperanza (31%). En igual proporción vivieron el amor los hombres y las mujeres (28%). Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la vivencia de emociones positivas entre las mujeres y los hombres ($t(-2.560) = 93.928, p < .005$).

En relación a la presencia de emociones negativas, se encontró que el enojo (47%), el fastidio (41%), la tristeza (41%) y el estrés (28%) se percibieron principalmente con poca intensidad. Cabe mencionar que para el resto de las emociones de este grupo las proporciones se mostraron en su mayoría sin intensidad.

En lo que respecta a las diferencias por sexo y este conjunto de emociones, los hombres sintieron en mayor proporción enojo y fastidio (59% y 44% respectivamente) comparado con las mujeres (44% y 40% respectivamente). También, el estrés tuvo mayor presencia en los hombres (41%) a diferencia de las mujeres (25%), sin embargo, éstas se sintieron un poco más apenadas, culpables, rencorosas y asustadas (34%, 29%, 24% y 36% respectivamente). Sólo la tristeza se mostró con proporciones similares en ambos sexos (41%).

⁴ La intensidad emocional representa cómo se siente la persona; su medición permite observar diversos grados: una mayor intensidad indica que la emoción fue sentida al menos moderadamente (≥ 2); una menor o poca intensidad demuestra que fue advertida al menos un poco (≥ 1).

También, para este conjunto de emociones se hallaron diferencias significativas entre las mujeres y los hombres ($t(-2.333) = 381, p < 0.05$).

En la tabla 6 se resumen las emociones que se presentaron con mayor intensidad (mucho/de forma moderada/un poco) entre la población estudiada y se analizan las diferencias por sexo. Como se indicó, las emociones positivas más frecuentes y con mayor intensidad para ambos sexos fueron la diversión, la alegría y el amor. Las mujeres sintieron de forma moderada emociones como el asombro, el interés y la esperanza; mientras que los hombres sintieron serenidad, inspiración e interés. De la misma manera, las emociones negativas como enojo, fastidio o tristeza se experimentaron con mucha menor intensidad.

Tabla 6.
Distribución de las emociones con más intensidad por sexo

	Mujer (n = 322)		Hombre (n = 61)		Total (n = 383)	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Edad	20.7	3.9	20.7	2.8	20.7	3.7
	f	%	f	%	f	%
Emociones positivas						
Diversión ^a	99	30.7	26	42.6	125	32.6
Alegría ^a	105	32.6	30	49.2	135	35.2
Amor ^a	90	28.0	17	27.9	107	27.9
Agradecimiento ^b	100	31.1	14	23.0	114	29.8
Inspiración ^b	95	29.5	23	37.7	118	30.8
Interés ^b	106	32.9	21	34.4	127	33.2
Orgullo ^b	85	26.4	18	29.5	103	26.9
Serenidad ^b	122	37.0	23	37.7	145	37.9
Asombro ^b	118	36.6	19	31.1	137	35.8
Esperanza ^b	100	31.1	17	27.9	117	30.5
Emociones negativas						
Enojo ^c	145	45.0	36	59.0	181	47.3
Fastidio ^c	130	40.4	27	44.3	157	41.0
Tristeza ^c	133	41.3	25	41.0	158	41.3
Estrés ^c	82	25.5	25	41.0	107	27.9
Pena/timidez ^c	108	33.5	16	26.2	124	32.4
Culpa ^c	93	28.9	14	23.0	107	27.9
Rencor ^c	76	23.6	9	14.8	85	22.2
Susto/inseguridad ^c	116	36.0	17	27.9	133	34.7
Vergüenza ^c	97	30.1	10	16.4	107	27.9
Ofensa ^c	82	25.5	16	26.2	98	25.6

Nota. Porcentajes de emociones obtenidos del total de hombres y mujeres

^aEmociones positivas sentidas “mucho”

^bEmociones positivas sentidas “de forma moderada”

^cEmociones negativas sentidas “Un poco”

Se determinó que las emociones positivas que se presentaron casi todos los días en el mes anterior a la realización de este estudio fueron: la diversión (53%), el interés (38%), la alegría (48%) y el amor (35.8%). No obstante, la mayoría de emociones positivas (asombro,

agradecimiento, esperanza, inspiración, orgullo, serenidad) tuvieron una importante proporción con menor frecuencia (algunos días).

En cuanto a estas emociones y el sexo, se pudo apreciar que la población masculina vive un menor número de emociones positivas la mayor parte del tiempo, es decir, básicamente experimentan diversión (61%), interés (47%), alegría (47%) y amor (43%). En contraste con las mujeres que reportan un número mayor de estas emociones asombro (67%), agradecimiento (45%), esperanza (53%), inspiración (48%), orgullo (52%) y serenidad (51%) pero con menos frecuencia. Estas diferencias no se encontraron significativas [$(t(-1.123) = 381, p > .05)$].

En lo que corresponde a las emociones negativas se encontró que los estudiantes vivieron pocas emociones negativas durante ese mes, sin embargo, un importante porcentaje sintió algunos días enojo (76%), fastidio (68%), pena (47%), tristeza (66%), susto/inseguridad (53%) y estrés (47%). En tanto, para este conjunto, se encontró en mayor proporción que a menudo los hombres perciben enojo (78%), fastidio (70%) y estrés (67%) a diferencia de la tristeza y el sentirse asustada e insegura que se halló en las mujeres (68% y 56% respectivamente), que además, aunque en menor proporción también reportó sentir vergüenza (48%), ofensa (42%), pena/timidez (49%), culpa (43%) y rencor (39%) casi todos los días. En este caso, se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres [$(t(2.089) = 75.381, p < .05)$].

En la tabla 7 se concentran las emociones que se presentaron con mayor frecuencia (casi todos los días/ algunos días) entre los estudiantes durante el último mes y las diferencias por sexo. Las emociones positivas más frecuentes para ambos sexos fueron la diversión, la alegría y el interés. Las mujeres sintieron en mayor número emociones como el asombro, agradecimiento, esperanza, inspiración, orgullo y serenidad con menos frecuencia; mientras que los hombres sintieron con más intensidad sólo diversión interés alegría y amor. Como ya se mencionó, las

emociones negativas como enojo, fastidio, pena, tristeza, susto/inseguridad y estrés se experimentaron con menor frecuencia.

Manifestación de la salud mental floreciente y de la languidez

Como ya se mencionó, la proporción de positividad se obtiene promediando cada conjunto de emociones obtenidas durante 16 días y dividiéndolas entre sí. El punto de corte original es de 2.99 y permite diferenciar a los estudiantes que florecen de los que languidecen.

El 90% de los estudiantes que participaron en este estudio tuvieron calificaciones por debajo del punto de corte situado en 2.99 por lo que se encuentran en estado de languidez y solamente el 10% florece (Ver figura 1).

Este hallazgo pone de manifiesto que un gran número de estudiantes se encuentra en gran desventaja en relación con la salud mental positiva, es decir, funcionan de forma limitada en términos emocionales, psicológicos y sociales; los cuales se asocian a un pobre desempeño educativo o laboral, una menor resiliencia y reducidas relaciones sociales, así como un alto riesgo de presentar enfermedades y limitaciones físicas a futuro.

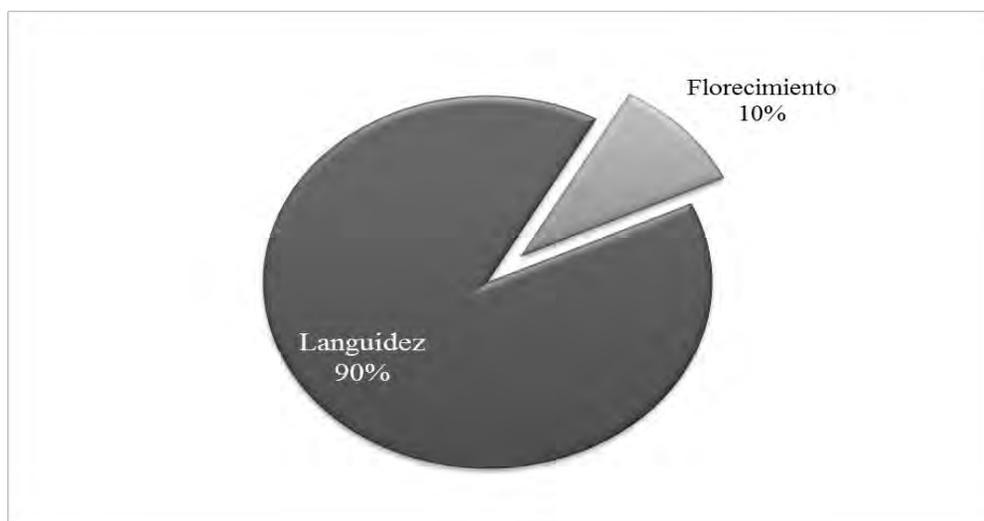


Figura 1. Proporción obtenida del promedio de emociones medidas durante 16 días en la muestra total.

A partir de lo anterior, se analizó mediante una prueba de chi cuadrada, si las variables florecer y languidecer discrepaban entre mujeres y hombres. El resultado mostró diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 12.933$, $gl = 1$, $p = .000$) y evidenció que las mujeres presentan un mayor déficit (92%) de funcionamiento en la vida cotidiana (languidecen) comparado con los hombres (77%). No obstante, cabe recordar que un porcentaje muy pequeño de ambos sexos florecen (Ver figura 2).

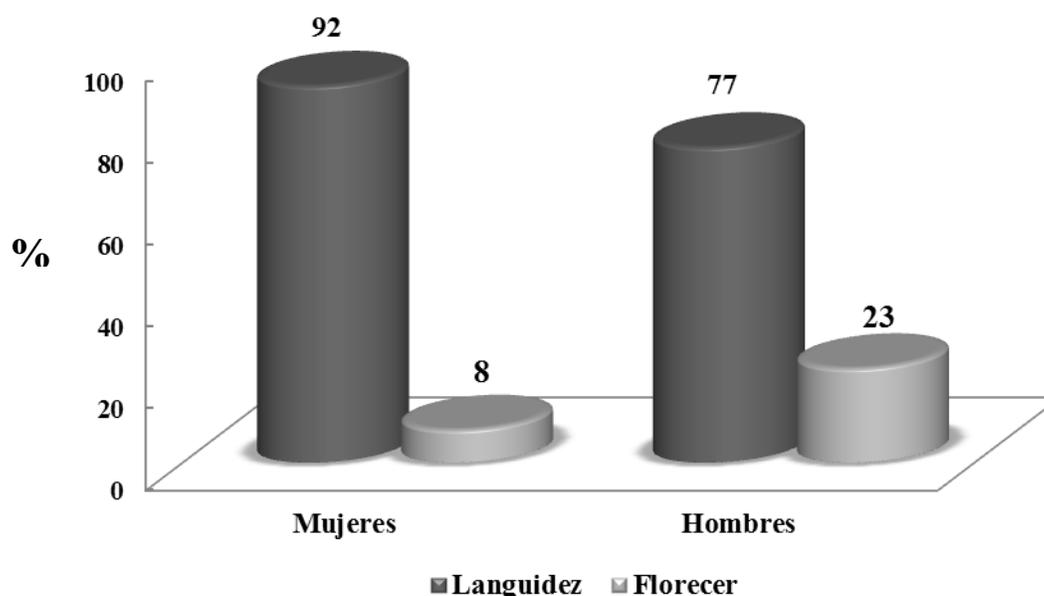


Figura 2. Distribución de los estados de florecimiento y languidez en cada sexo ($n = 383$) ($X^2 = 12.933$, $gl = 1$, $p = .000$).

Configuración de los elementos sociales y psicológicos

Para conocer la forma en que se distribuyen los componentes sociales y psicológicos entre los estudiantes, fue necesario analizar cada una de las escalas y sus correspondientes preguntas (Ver tabla 8).

Tabla 8.

Distribución de los recursos sociales y psicológicos con más presencia por sexo (n = 383)

	Mujer (n = 322)		Hombre (n = 61)		Total (n = 383)	
	f	%	f	%	f	%
Resiliencia						
Salgo rápidamente de situaciones difíciles ^b	133	41.3	36	59.0	169	44.1
Me gusta probar nuevos alimentos que nunca he probado ^b	121	37.6	25	41.0	146	38.1
Me gusta analizar antes de actuar ^b	158	49.1	34	55.7	192	50.1
Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes ^b	137	42.5	28	45.9	165	43.1
Me describo como una persona con mucha fortaleza ^b	116	36.0	24	39.3	140	36.6
Me gusta afrontar los problemas ^b	159	49.4	21	34.4	180	47.0
Me gusta experimentar situaciones nuevas e inusuales ^b	135	41.9	31	50.8	166	43.3
Respaldo						
Conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida ^b	136	42.2	31	50.8	167	43.6
Tengo amigos de confianza para contarles mis problemas ^a	151	46.9	25	41.0	176	46.0
Sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades ^b	134	41.6	29	47.5	163	42.6
Tengo amistades con quienes comparto momentos agradables de mi vida ^a	189	58.7	30	49.2	219	57.2
Optimismo						
Siempre espero que me sucedan más cosas positivas ^b	147	45.7	27	44.3	174	45.4
En tiempo difíciles, generalmente espero lo mejor ^b	140	43.5	29	47.5	169	44.1
Siempre veo el futuro con optimismo ^b	142	44.1	34	55.7	176	46.0
Siempre espero que las cosas salgan bien ^b	144	44.7	26	42.6	170	44.4
Desánimo						
Pocas veces espero que me pase algo bueno ^c	110	34.2	17	27.9	127	33.2
Me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solo ^c	147	45.7	29	47.5	176	46.0
Ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar ^c	156	48.4	33	54.1	189	49.3

^a Recursos expresados “totalmente de acuerdo”^b Recursos expresados “de acuerdo”^c Recursos expresados en desacuerdo y totalmente en desacuerdo

Al observar las preguntas de la escala de respaldo, se distingue que más de la mitad (57.2%) de los participantes refirió poseer amigos para compartir momentos de felicidad y más de la cuarta parte (46%) mencionó tenerlos para comunicar sus problemas y obtener su apoyo

cuando atraviesan un mal momento (42.6%), también revelaron conocer muchas personas con las que pueden contar en la vida (43.6%).

El conjunto de preguntas relacionadas al optimismo mostró que la mayoría de los estudiantes ve el futuro con optimismo (46.0%) y espera que sucedan más cosas positivas (45.4%). De la misma manera un 44% mencionó que en tiempos difíciles espera lo mejor y que las cosas siempre salgan bien.

En cuanto a la escala de desánimo, el 49.3% de los participantes indicaron tener redes sociales a las que pueden acudir para hablar y el 33.2% señaló esperar lo bueno en la mayoría de las circunstancias. Del mismo modo, un 46% manifestó mostrarse activo ante los problemas (no esperar a que se resuelvan solos).

De manera significativa se halló que el respaldo, el optimismo y la resiliencia, son los recursos que más emplea esta muestra (Ver tabla 9). En cuanto al sexo, aunque se encontró que los hombres ($\bar{x} = 2.97$) comparados con las mujeres ($\bar{x} = 2.86$) recurren un poco más a dichos recursos, no muestran diferencias significativas.

Tabla 9.
Calificaciones de cada escala del Cuestionario de Componentes sociales y psicológicos (n = 383)

	\bar{x}	s	t	Sig.
Resiliencia	2.86	0.58	96.050	.000
Respaldo	3.17	0.77	80.057	.000
Optimismo	2.99	0.74	79.135	.000
Desánimo	0.98	0.83	23.330	.000

Nota: promedios para cada escala social y psicológica obtenidas de la muestra total

Conformación de los estilos de afrontamiento

De las formas que utilizan los estudiantes para hacer frente al estrés se halló que entre los esfuerzos y conductas agresivas, de riesgo y hostilidad utilizadas para intentar cambiar la situación (evasión), el 42.3% tuvo el deseo de que la situación acabara o terminara y el 37.1% fantaseó o imaginó sobre el modo en que podían cambiar la situación, además, un 23% afrontó

comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos y también soñó o imaginó que las cosas eran mejores.

En cuanto a los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal (reevaluación positiva), el 45.7% de estudiantes señaló que buscó un poco de esperanza e intentó ver el lado bueno de las cosas, mientras que un 40.2% se dijo cosas para sentirse mejor y un 39.4 % asumió que cambió y maduró como persona. Conjuntamente, más de la tercera parte se inspiró a hacer algo creativo y tuvo fe en algo nuevo (33.2% y 36.3% respectivamente).

Respecto a los actos para modificar el significado de la situación angustiante sin reconocer la amenaza o daño que puede implicar (negación), el 38.4% de los alumnos reveló que continuó con su destino, el 33.7% siguió con su vida como si no hubiera pasado nada y se consoló pensando que podría ser peor.

En relación a los esfuerzos cognitivos que se hacen para disminuir el significado de la situación que se vive (distanciamiento), más de la cuarta parte esperó a ver lo que sucedería y evitó contarle a los demás (42.6%), también más de la tercera parte trató de olvidarse por completo del problema (33.7) y se negó a creer lo que estaba pasando (32.6%). Además el 29% señaló que esperó a que ocurriera un milagro.

Finalmente, entre los ejercicios de autoreflexión que ayudan a analizar el problema y resolverlo (análisis cognitivo reflexivo), se halló que la mayoría se reconoció como el responsable del problema (43.3%) y se criticó o cuestionó a sí mismo (41%) además de haberse disculpado o hacer algo para compensar el problema (39.4%) (Ver tabla 10).

Tabla 10.

Distribución de las formas de afrontar más frecuentes (n = 383)

	Mujer (n = 322)		Hombre (n = 61)		Total (n = 383)	
	f	%	f	%	f	%
Evasivo						
Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado ^b	75	23.3	13	21.3	88	23.0
Soñé o imaginé que las cosas eran mejores ^b	75	23.3	13	21.3	88	23.0
Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara ^b	131	40.7	31	50.8	162	42.3
Tuve fantasías o imagine el modo que podían cambiar las cosas ^b	120	37.3	22	36.1	142	37.1
Reevaluación positiva						
Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno ^a	138	42.9	37	60.7	175	45.7
Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor ^a	129	40.1	25	41.0	154	40.2
Me inspiré a hacer algo creativo ^a	111	34.5	16	26.2	127	33.2
Cambié y maduré como persona ^a	123	38.2	28	45.9	151	39.4
Tuve fe en algo nuevo ^a	115	35.7	24	39.3	139	36.3
Negación						
Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte) ^a	122	37.9	25	41.0	147	38.4
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada ^b	116	36.0	13	21.3	129	33.7
Me consolé pensando que las cosas podían ser peores ^b	112	34.8	17	27.9	129	33.7
Distanciamiento						
Esperé a que ocurriera un milagro ^b	100	31.1	13	21.3	113	29.5
Traté de olvidarme por completo del problema ^b	112	34.8	17	27.9	129	33.7
Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo ^b	138	42.9	25	41.0	163	42.6
Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas ^b	138	42.9	25	41.0	163	42.6
Me negué a creer lo que estaba pasando ^b	107	33.2	18	29.5	125	32.6
Cognición/reflexión						
Me critiqué o cuestioné a mí mismo ^b	134	41.6	22	36.1	156	40.7
Me disculpé o hice algo para compensar el problema ^a	125	38.8	25	41.0	150	39.2
Me di cuenta que yo mismo (a) causé el problema ^b	134	41.6	32	52.5	166	43.3

^a Estilo de afrontamiento reportado “generalmente/usualmente”^b Estilo de afrontamiento reportado “en alguna medida”

Por otra parte, al examinar cada una de las escalas de afrontamiento, se observó de manera significativa que los estilos para hacer frente y con mayor presencia en esta muestra fueron: la reevaluación positiva ($\bar{x} = 1.93$) y la cognición/reflexión ($\bar{x} = 1.44$) a continuación, la negación ($\bar{x} = 1.39$) y la evasión ($\bar{x} = 1.23$). El distanciamiento de la situación se presentó como el último recurso empleado ($\bar{x} = .77$) por los estudiantes.

Asimismo, para conocer si existían diferencias en la distribución de cada estilo de afrontamiento por sexo, se realizaron comparaciones mediante la prueba de chi cuadrada. Se encontró que las mujeres evaden (8%) y niegan la situación que enfrentan (10%) en mayor proporción que los hombres, quienes recurren más a reevaluar la circunstancia de manera positiva (56%) y, a pensar y reflexionar (20%) sobre lo acontecido. Cabe resaltar que tanto mujeres como hombres se distancian de la condición de estrés (2%). Incluso, fue hallada una proporción para ambos sexos que reveló no tener un estilo determinado. Por lo tanto, los análisis de las escalas de evasión, reevaluación positiva, negación, distanciamiento, cognición reflexión y sin predominio de algún estilo respecto al sexo, se mostraron sin diferencias estadísticamente significativas.

Situación del consumo de alcohol

En cuanto a las respuestas a la prueba AUDIT, la Organización Mundial de la Salud propone la utilización de una prueba breve; sustentada en las tres primeras preguntas de la escala con base en la frecuencia, cantidad de consumo y consumo excesivo por ocasión, se tiene la finalidad de detectar a las personas que empiezan a tener un consumo peligroso o en riesgo.

Esta versión, permite distinguir tres grupos con diferentes grados de riesgo: abstemios o consumo bajo (sin riesgo), consumo en exceso y probabilidad de problemas (en riesgo) y, consumo en riesgo y consecuencias (peligro). Es importante diferenciar, siendo una prueba de tamizaje sólo se da una probabilidad de clasificación, si existiese riesgo, se sugiere aplicar las preguntas restantes para un diagnóstico completo y la posibilidad de tratamiento oportuno. En este caso, la mayor proporción de los estudiantes no se ubica en peligro, por lo que no se describen resultados del resto de las preguntas.

A partir de las respuestas a estas tres preguntas, se observó que el 71.8% bebían alcohol al momento del estudio. Al comparar por sexo se hallaron similitudes en la proporción de mujeres (71.4%) y de hombres (73.8%) sin diferencia significativa. También se observó que la

mayoría bebió una vez al mes o menos (68%) (Consumo poco frecuente) sin embargo, el 32% lo hizo más de dos veces al mes. Aunque sólo un 26.2% de los bebedores ingirieron 5 o más copas en un día típico (en exceso), el 15.6% llegó a la embriaguez al menos una vez al mes (Ver figura 3).

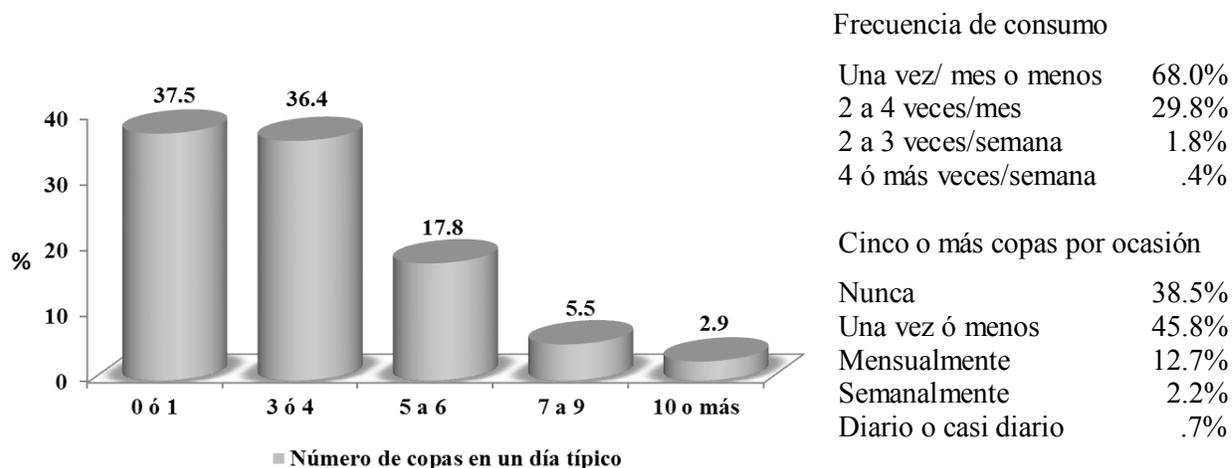


Figura 3. Porcentajes obtenidos del total de los consumidores de alcohol (n = 275)

Al considerar el consumo por niveles de riesgo, se encontró que 72.8% bebe alcohol sin riesgo, es decir, es abstemio o mantiene un consumo bajo, pese a ello, un 24.8% se encuentra en riesgo (consume en exceso) y el 2.3% presenta un consumo peligroso.

De la misma manera, con respecto a cada nivel de consumo y el sexo, las mujeres mostraron más abstención y menos riesgo (76% y 22% respectivamente), así como un menor consumo peligroso (2%) que los hombres, de los cuales casi un 38% tiene un alto riesgo de padecer problemas comparado con quienes ya se encuentran en consumiendo de manera peligrosa (7%). Tales diferencias se mostraron significativas ($X^2(2) = 13.250, p = .001$)

Por otro lado, en lo concerniente a la manera de beber y el sexo, se encontró que a pesar de ser similar, existe un promedio de consumo mayor en los hombres ($\bar{x} = 1.55$) que en las mujeres ($\bar{x} = 1.25$), esta diferencia fue significativa ($t(-3.022) = 73,543, p = .003$)

Identificación de emociones de acuerdo al nivel de consumo de alcohol

Tal como se identificó en el análisis de la prueba breve de AUDIT, sólo el 2.3% de los estudiantes se encuentran con consumo peligroso, por lo que para determinar las emociones que se presentaron de acuerdo al nivel de consumo, fue necesario conjuntar a los alumnos que ingieren en riesgo con los que están en consumo peligroso y diferenciar a los no bebedores. De esta manera, se concretaron tres grupos: no bebedores (sin consumo), bebedores sin riesgo (mantienen un consumo bajo) y, bebedores en riesgo y peligro (consumo alto y posibles consecuencias).

Con base en esta agrupación, se encontró de manera significativa que el promedio de florecimiento al igual que el promedio de las emociones positivas de agradecimiento y asombro mostró mayor presencia en el grupo de alumnos que no consume alcohol comparado con el grupo que bebe sin riesgo y con los de riesgo y peligro. Llama la atención que el asombro se presentó con mayor frecuencia en el grupo de riesgo y peligro comparado con los de sin riesgo, no siendo así para el grupo de no bebedores (Ver tabla 11). Cabe mencionar que para el resto de las emociones (negativas) no hubo diferencias significativas.

Hasta aquí, los resultados evidencian las características sociales y psicológicas, emocionales, de afrontamiento y de consumo alcohol en esta muestra, por lo que lo que en lo sucesivo se presentan los resultados de los análisis que establecieron la relación de las variables mencionadas con el consumo de alcohol.

Tabla 11
Comparación entre emociones y el nivel de consumo de alcohol prueba breve AUDIT

	No bebedores		Bebedores sin riesgo		Bebedores en riesgo y peligro	
	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>
FloreCIMIENTO*	0.1	.3	0.1	.3	0.0	0.2
Asombro*	4.9	4.7	3.6	3.7	3.7	3.5
Agradecimiento*	10.1	4.9	8.4	5.0	8.1	4.2

*Diferencias significativas $p = 0.05$

Relación entre los niveles de consumo de alcohol con las emociones, componentes sociales y psicológicos y de afrontamiento en universitarios.

Con el objeto de conocer la relación entre el nivel de consumo de alcohol y las emociones, así como otras variables (recursos sociales y psicológicos, y afrontamiento) se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple. Inicialmente, se empleó el método de correlación de Pearson para conocer cómo se relacionan las variables entre sí y con respecto al consumo de alcohol. Posteriormente, se realizó el análisis de regresión mediante el cual se evaluó y determinó qué variables predicen mejor el consumo de alcohol.

Por un lado, al determinar la relación entre todas las variables, se halló que el recurso de resiliencia se asocia de forma significativa con reevaluar la circunstancia de manera positiva ($r = .551, p < .01$) y con el recurso de optimismo ($r = .654, p < .01$). Estas relaciones mantienen un aspecto interesante al considerar que a medida que las personas aumentan sus recursos resilientes aumentan su forma de reevaluar positivamente las circunstancias, además de aumentar su sentido de optimismo en la vida.

Asimismo, el optimismo se halló vinculado con el recurso de respaldo ($r = .409, p < .01$) y la reevaluación positiva ($r = .527, p < .01$), asunto importante, ya que se ha reportado que el optimismo involucra diversos aspectos sociales y cognitivos. En este sentido, se explica mejor que, a media que se es más optimista, se cuenta con más apoyo social y más personas de las que se puede obtener ayuda, así como un mayor análisis positivo de las eventualidades.

Por otro lado, al evaluar las variables que se asocian al consumo de alcohol, se observó de manera significativa que la mayor asociación se presenta entre el afrontamiento evasivo ($r = .208, p < .01$) y el cognitivo reflexivo ($r = .158, p < .01$), es decir, que a medida que aumentan estas maneras de afrontar, se da un mayor consumo de alcohol entre los estudiantes.

Además, respecto a los estilos de afrontamiento, el distanciarse de una situación estresante resultó ligado al comportamiento evasivo ($r = .402, p < .01$) lo que significa que a mayor esfuerzo cognitivo para cambiar el significado de la condición que causa estrés, mayor es el empleo de conductas de riesgo para evadir. Con un grado de asociación más bajo pero también significativo se observó que el estilo de afrontar negativo se asocia al estilo de reevaluación positiva ($r = .369, p < .01$), de tal manera que cuando la persona anula la existencia del problema, mayores esfuerzos hace por dar un significado positivo a la situación. Igualmente, los esfuerzos para crear el significado positivo del evento (reevaluación positiva) se mostraron asociados al distanciamiento ($r = .337, p < .01$), así, las personas que utilizan más el significado positivo, también realizan mayores esfuerzos cognitivos para disminuir el significado de la situación.

También, al revisar las variables emocionales, se encontró que las emociones positivas están asociadas al estilo de afrontar de reevaluación positiva ($r = .299, p < .01$) y al recurso de optimismo ($r = .228, p < .01$), lo que quiere decir que, a mayor experiencia emocional positiva, mayores significados positivos se dan a la situación, así como un aumento de la percepción de que todo va bien. Por su parte, las emociones negativas se mostraron vinculadas los estilos de afrontamiento evasivo ($r = .256, p < .01$) y de distanciamiento ($r = .297, p < .01$), así, mientras mayor sea la experiencia de emociones negativas, más conductas peligrosas y esfuerzos cognitivos se realizarán para cambiar la situación estresante.

Finalmente, en el análisis de regresión se halló que las únicas dos variables que resultaron predictoras del consumo de alcohol fueron los estilos de afrontamiento evasivo y cognitivo reflexivo. El modelo resultante muestra que afrontar de manera cognitiva reflexiva y evasiva predice de manera significativa el consumo de alcohol. Además, de acuerdo a los valores beta, evadir tiene una relación más alta ($\beta = .220$, $p < .01$) que el estilo cognitivo reflexivo ($\beta = .155$ $p < .01$) con relación a ingerir alcohol (Ver tabla 12).

Tabla 12.

Coefficientes de regresión lineal múltiple para predecir el consumo de alcohol en relación con las emociones, el afrontamiento y los componentes sociales y psicológicos

Modelo	Coeficiente		Coeficientes estandarizado		
	B	Error Estándar	Beta	T	Sig.
Constante	1.460	1.652	--	.883	.378
Resiliencia	.635	.579	.081	1.096	.274
Respaldo social	.422	.335	.071	1.262	.208
Optimismo	-.288	.435	-.047	-.663	.508
Evasión	1.588	.416	.220	3.813	.000
Reevaluación Positiva	-.886	.471	-.130	-1.884	.060
Negación	-.477	.366	-.073	-1.304	.193
Cognitivo Reflexivo	.997	.358	.155	2.784	.006
Distanciamiento	-.350	.470	-.044	-.745	.457
Emociones positivas	-.162	.113	-.076	-1.436	.152
Emociones negativas	.002	.122	.001	.016	.987

$p < .05$ $F = 10,372$, $gl = 3,656$, $p = < .001$, $r^2 = .089$ sig. = 0.000

Discusión y conclusiones

El interés de este trabajo se centró en conocer las emociones positivas y negativas que se relacionan con niveles de consumo de alcohol en un grupo de universitarios mexicanos desde la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas propuesta por Fredrickson (2009). En consecuencia, los objetivos planteados fueron alcanzados y permitieron dar respuesta en lo general, asimismo el postulado teórico evaluado, clarifica la expresión de varios aspectos con la presencia de consumo de alcohol, aunque también sugieren ciertas interrogantes que abren el campo de estudio.

Para dar explicación a lo planteado, a continuación se exponen una serie de reflexiones que recapitulan el trabajo de investigación realizado. Se presentan primero las consideraciones en torno a la información analizada durante la adaptación para posteriormente precisar la estructura factorial y las características dominantes en esta muestra a partir de la aplicación de los instrumentos. Finalmente, se discurre acerca de la relación encontrada entre las variables y el consumo de alcohol y también, más adelante, se reconsideran las particularidades del trabajo de campo llevado a cabo en este estudio.

Etapas 1. Instrumentos evaluados en la adaptación

Respecto a la adaptación, a través de los diferentes métodos se generó información muy valiosa sobre los términos equivalentes al contexto cultural, así como de los conceptos y definiciones comúnmente empleados por la muestra que dieron consistencia a los instrumentos empleados en esta etapa.

Traducción y retraducción

Mediante las técnicas de traducción y retraducción se identificaron los términos más convenientes para lograr reactivos con un lenguaje comprensible para los participantes y sin afectar el concepto del idioma original. Es importante mencionar que posterior a estos procesos,

se observaron semejanzas en la información resultante de la discusión con jueces, por lo que se atendieron todas las sugerencias y se emplearon los términos equivalentes al idioma español.

Laboratorios cognitivos

El método de laboratorio cognitivo concurrente en su modalidad individual fue de mucha utilidad en la identificación de los conceptos clave que se asocian a las emociones y a los componentes sociales y psicológicos representados en los instrumentos. La información aportada fue significativa sobre las formas de expresión frecuentes en esta muestra y acerca de la pertinencia conceptual y cultural que la integra.

A partir del número de menciones de los conceptos y sus definiciones, se puede decir que se logró un buen nivel de saturación de la información y que esta es muy semejante a la definición conceptual de cada una de las emociones y componentes sociales y psicológicos, por lo que se puede considerar que las palabras empleadas son adecuadas ya que los entrevistados las identificaron perfectamente con el concepto que representaban.

Como parte de la adaptación por medio de laboratorios cognitivos se observó que es necesario crear nuevos instrumentos retomando la variedad de palabras utilizadas por esta muestra para abarcar en la medida de posible el lenguaje que les caracteriza y que puede favorecer su tipificación.

En la prueba de positividad, las palabras que resultaron menos apropiadas en el contexto de esta muestra corresponden a “apenado” y “asustado”. En relación a “apenado” se encontró que aunque los entrevistados reconocen que es una emoción provocada por un acto o comentario ajeno a su voluntad, relacionan esta palabra con la “timidez” que podría confundirse en otro contexto con “miedo”. Por lo tanto es indispensable continuar con la exploración de conceptos y definiciones que puedan emplearse para representar mejor la emoción y asegurar su mejor definición.

En cuanto a la palabra asustado, si bien los entrevistados hicieron referencia a un sentimiento negativo vinculado de forma general con situaciones inesperadas, también fue evidente que consideran que este estado les provoca inseguridad, es decir, desde su perspectiva el estar asustado se corresponde con un estado de inseguridad que se percibe posterior la confrontación con algo desconocido. En este caso, también se sugiere revisar la palabra con el propósito de que se refleje mejor el concepto sin caer en contradicción de los términos, incluso, una exploración por separado de las palabras ayudaría a determinar mejor sus conceptos.

Respecto al cuestionario de componentes sociales y psicológicos, un menor número de las palabras probadas mostraron dificultades en cuanto a la comprensión, sin embargo, se halló que el mayor inconveniente estuvo en el orden en que se presentaron las preguntas, en ese caso, en varios momentos se distorsionó el sentido de la pregunta provocando confusión. Por lo que esta circunstancia requiere de poner atención especial a los conceptos que integran cada pregunta y el orden en que son presentados, de manera que se podrían explorar otros para complementar los existentes, e incluso, incrementar el número de componentes y conformar un mayor número de reactivos.

Otro dato de importancia subsecuente al proceso de laboratorios cognitivos, fue la información que se obtuvo de la discusión con jueces. Gracias a la atención de sugerencias y opiniones con referencia al empleo de mejores términos, se considera que la discusión es una técnica que generó la mejor adaptación al contexto.

En relación a la aplicación escrita y aplicación previa en internet, resultaron pocas opiniones negativas en cuanto a las preguntas y sus opciones de respuesta, al orden de presentación de las pruebas y sus indicaciones, de manera que fue de gran utilidad el proceso de evaluación para evitar confusiones y adecuar los rubros lo mejor posible a las condiciones de la muestra y aplicación final de instrumentos.

De este modo, conforme al trabajo desarrollado mediante la técnica de laboratorios cognitivos, la discusión con jueces y las aplicaciones escrita y en línea fue posible contar con instrumentos más adecuados en contraste con la versión inicial, ya que su reestructuración está basada en la variedad de significados y atribuciones a los conceptos que los entrevistados manifiestan como experiencia diaria. Se concluye que se cuenta con instrumentos adaptados para ser empleados en estudiantes universitarios.

Etapa 2. Estructura factorial y aplicación de instrumentos

Respecto a la estructura factorial, fiabilidad y aplicación de instrumentos, por un lado los análisis estadísticos sugieren que, aunque la composición de factores muestra mínimas diferencias al planteamiento teórico original, cuentan con característica psicométricas y niveles de fiabilidad adecuados. También, es notable la capacidad que poseen para ofrecer valiosa información sobre las particularidades que miden. Como se pudo apreciar el conjunto de instrumentos ofrece las características de emociones, de positividad, de afrontamiento y de los componentes sociales y psicológicos, así como de consumo de alcohol, sobresalientes en esta muestra, además, expone cómo se conjugan los elementos en relación al consumo de alcohol.

Estructuras subyacentes a los constructos teóricos y confiabilidad

En cuanto a los análisis factoriales de la prueba autoaplicable de positividad (AP) no se corroboró la estructura reportada por Fredrickson (2009), con excepción del primer factor que fue el conjunto de emociones más representativo para esta muestra y directamente afín con el marco teórico, el cual replicó en el total de emociones agradables cuyo denominador común es el placer (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003). Esta clara identificación de los descriptores de afecto positivo es posible que resida en la propensión de las personas a adaptarse con mayor facilidad a lo agradable a pesar de los acontecimientos negativos de la vida (Brickman, Coates, & Janoff-Bulman, 1978). No obstante, Diener, Lucas & Scollon (2006) sostienen que existe una

tendencia de adaptación más fuerte para lo negativo que para lo positivo. A pesar de que ambas posturas son susceptibles de futuras comprobaciones, se ha documentado que el cúmulo de emociones positivas requiere de una postura intencional para alcanzar el bienestar (Fredrickson, Coffey et al., 2008; Stets, y Turner, 2008; Lyubomirsky et al., 2005).

Por otra parte, el factor dos coincide parcialmente con el original en seis emociones negativas (enojo, ofensa, rencor, tristeza, fastidio, estrés) generadas por las exigencias sociales. Esta composición quizás aborda la necesidad de cumplir con las obligaciones escolares y familiares asumidas por esta muestra en esta etapa del desarrollo. Estas emociones ponen de manifiesto lo reportado en la literatura respecto al efecto que tienen para responder de manera concreta (tendencias específicas de acción) a las condiciones ambientales evaluadas como amenazantes (Frijda, 1986; Lerner & Keltner, 2001).

Llama la atención la separación de cuatro emociones negativas, que, como se sabe forman parte de la subescala de emociones negativas y en este estudio se concentran en el factor tres, el cual conjugó emociones relacionadas con la evaluación o retroalimentación externa. Este conjunto de reactivos posiblemente se sustenten en la interpretación acerca de los significados que otros expresan en relación a determinadas conductas o circunstancias. Esta idea concuerda con la mencionada por Ackerman, Abe e Izard (1998), quienes señalan que las emociones de vergüenza, culpa y desprecio aparecen cuando se percibe que los otros son agentes causales ó desencadenantes de una evaluación.

Es importante destacar que las diferencias halladas respecto a la estructura factorial no invalidan el instrumento, por el contrario, expresan la multidimensionalidad emocional representada por esta muestra. En este sentido, se confirma la necesidad de crear nuevas preguntas de investigación para conocer los procesos que se articulan en la experiencia emocional. En cuanto a la consistencia interna global, como de las subescalas, resultó ser

concordante con lo documentado por Fredrickson, Tugade et al. (2003) y Waugh & Fredrickson (2006). Con esto se concluye que la versión mexicana posee índices de consistencia interna adecuados.

Por otra parte, la estructura factorial del cuestionario de componentes sociales y psicológicos (CSP) resultó muy similar a la planteada al inicio del estudio. No obstante, uno de los reactivos que originalmente formaban parte de la subescala de resiliencia, uno de optimismo y uno más que pertenecía a apoyo social percibido cargaron en el factor de desánimo, cuyo factor a pesar de ser conceptualmente congruente obtuvo un nivel de confiabilidad bajo en relación a los demás factores. Considerando que el cuestionario fue creado para esta investigación, no existen estudios que documenten la conformación de factores ni datos de fiabilidad, por lo que se sugiere su continua aplicación con el fin de establecer estos aspectos. Se concluye que el instrumento posee adecuada consistencia interna y es apropiado para evaluar aspectos psicológicos y sociales en esta población.

Aplicación de instrumentos

En lo concerniente a los datos obtenidos a través de cada instrumento, es notable qué sirven para diferenciar algunas características y precisar cómo se representan en esta muestra, no obstante, deben tomarse con cautela, ya que la muestra de la que provienen no es representativa de la población universitaria mexicana. Por otra parte, aunque la información aportada señala una representación de características mayormente positivas, es necesario, poner atención a las formas en que los estudiantes hacen frente a las diversas situaciones por las que atraviesan diariamente, así como a la estrecha relación que se puede establecer con el alcohol, incluso, a la importancia que se le confiere a los dictámenes del grupo social (deseabilidad social). En tal sentido, una exploración profunda permitiría un mayor conocimiento de las emociones en la vida de los universitarios y un mayor manejo de intervenciones a futuro.

Evaluación representativa de las variables planteadas tras la aplicación de instrumentos

Una directriz fundamental en este trabajo fue el análisis de las emociones. La información refleja en general, la existencia de un número importante de emociones positivas reportadas por los estudiantes con elevada intensidad y notable frecuencia.

Expresión de emociones positivas y negativas.

En cuanto a las emociones reportadas en un día, se reconoce que entre los estudiantes universitarios sobresale la dimensión de afectividad positiva. Ésta, tiende principalmente hacia la diversión, la alegría y el amor. Su predominancia se puede explicar a partir de las aproximaciones conceptuales que las agrupa para formar un conjunto de emociones interpersonales positivas (Aron & Aron, 1986) con gran capacidad para la adaptación (Hamburg, 1963; Mellen, 1981) y pensamientos y acciones que motivan al juego social y en libertad (Waugh & Fredrickson, 2006, Fredrickson, 2009). Por ende, su presencia se justifica al considerar que los lazos y apoyo sociales son esenciales para la supervivencia. Por lo tanto, este fundamento social es interesante y requiere de futuros estudios experimentales para ser probado.

Paralelamente, se aprecia con mucha menor intensidad el enojo, el fastidio y la tristeza como afecto negativo; esto proporciona soporte al criterio de emociones básicas negativas (tristeza, enojo, fastidio, miedo); las cuales tienen una tasa de ocurrencia baja porque aparecen sólo cuando las circunstancias lo exigen, además dependen de interrelaciones persona-ambiente y bajo una serie de estímulos válidos para la persona (Izard, 2007). Asimismo, estas emociones no manipulan gran parte de la conducta como en el caso de emociones positivas. (Diener & Seligman, 2004), por ejemplo, el amor.

En consecuencia, el análisis futuro de los diferentes patrones dinámicamente significativos que se pueden conjugar en esta tríada podría explicar su interrelación con el medio ambiente físico y social.

Por otra parte, en términos generales, las emociones positivas resultantes al mes anterior del estudio concuerdan en mucho con las detectadas en un día a excepción del interés, que en este caso, sustituyó a la emoción de amor. Esto es válido de acuerdo con Izar (1977) que propone a la emoción de interés, como la más experimentada. También, la presencia de esa emoción podría explicarse por los constantes cambios que viven los estudiantes en esta etapa del desarrollo, en los que se plantean novedades, cambios de posibilidades, desafíos, incluso, misterio (Izard, 1977; Csikszentmihalyi, 1990, Csikszentmihalyi & Hunter; 2003) así como por el contexto escolar, el cual tiende a ser evaluado como importante, por ser un motivador de esfuerzo y atención (Ellsworth & Smith, 1988). Asimismo, la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas sustenta que el interés conduce de manera proactiva a explorar el entorno y genera pretensión de aprender (Fredrickson 1998,2001).

De forma similar a lo reportado en un día, ocurre con las emociones negativas, además del enojo, el fastidio y la tristeza, los estudiantes reportaron pena, susto y estrés, aunque con menor frecuencia. Esto es interesante, por un lado revela que si bien son un número mayor de emociones en contraste con la medición de un día, la consistencia de estas refuerza la pertinencia de emplear instrumentos que midan esta percepción temporal. Además, lo mencionado converge con lo reportado en literatura en relación a su capacidad para provocar tendencias específicas de acción que llevan a la adaptación (Frijda, 1986; Lazarus, 1991). De acuerdo a esta propuesta, la representación de estas emociones puede ser consistente con el cúmulo de experiencias demandantes a las que están expuestos los estudiantes, sin embargo, existen otros elementos culturales, sociales e incluso familiares que pueden modificarlas, en este sentido, no es posible

afirmar que su presencia sea una respuesta específica a la adaptación en estudiantes universitarios mexicanos, pero abre la posibilidad a plantear estudios longitudinales para su comprobación.

También, cabe resaltar que las diferencias tanto en la intensidad como la frecuencia de estados afectivos con respecto al sexo; han sido poco explícitas en estudios previos de Fredrickson, por lo que la sugerencia para estudios posteriores es tratar de enriquecer la información de manera que se tome en cuenta las emociones y sus discrepancias, tanto individuales como sociales en relación al sexo.

Así, se debe considerar que esta información es muy valiosa debido a que las emociones negativas han capturado la atención de la mayoría de las investigaciones, por lo que la exploración explícita de la cantidad y la frecuencia de esta variedad de emociones y la incorporación de otras se justifica y pondera la necesidad de mantener el estudio incesante de emociones positivas que permitan ampliar la literatura científica y faciliten la creación de modelos para su uso en pro del bienestar.

Manifestación de la salud mental floreciente y de la languidez

Otra representación de las emociones positivas y negativas, fue la proporción de positividad que como se sabe resultó del promedio de ambos conjuntos de emociones durante 16 días considerado a partir del punto de corte de 2.99. Este proceso fue muy valioso pues favoreció la distinción de los estudiantes que se encuentran en un estado de salud mental floreciente de los que languidecen.

Se puede decir que la existencia de un porcentaje mínimo de estudiantes que florecen es congruente con lo reportado en la literatura internacional (Keyes, 2002; Fredrickson & Losada, 2005, Fredrickson, 2009), menos del 20% de los adultos es floreciente y los casos de languidez, son elevados y costosos, ya que envuelven más angustia emocional y psicosocial, así como deterioro físico y limitaciones en la vida diaria. Aunque la positividad en este estudio no

muestra los efectos de la languidez, fue lo suficientemente explícita para identificar que los estudiantes funcionan de forma limitada en términos emocionales, psicológicos y sociales.

En este sentido, los hallazgos requieren de ser reforzados con la investigación en primer lugar, a través de la exploración de los mecanismos psicológicos que llevan al florecimiento humano planteado por Fredrickson en la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas (1998; 2001), y demandan del análisis de los componentes que caracterizan un funcionamiento óptimo (felicidad, satisfacción, comportamiento flexible, rasgo de resiliencia, recursos personales y sociales) en el contexto de los estudiantes mexicanos.

Configuración de los elementos sociales y psicológicos

La información que los estudiantes aportaron en cuanto a los aspectos sociales y psicológicos, si bien fue incipiente dada la naturaleza del instrumento, mostró suficientemente bien que entre los recursos notables están el respaldo social, el optimismo y la resiliencia.

El hecho de que el recurso de respaldo social se presente con predominancia entre los estudiantes, posiblemente se deba a la necesidad individual de pertenencia a la comunidad (Baumeister & Leary, 1995; Twenge, Baumeister, Tice, & Stucke, 2001) y a las interacciones frecuentes entre el grupo social en un contexto estable y duradero (Carr, 2007), como lo es la relación con pares vinculada a una institución educativa. No obstante, aunque esto habla de la importancia que pueden tener los vínculos sociales en la vida humana, también muestra sólo una faceta del respaldo social, por lo que se hace indispensable indagar si los estudiantes mexicanos consienten y ponderan su dependencia a partir de otras personas. Incluso, si el estado de sus relaciones de apoyo surge de la asociación con otros componentes positivos, por ejemplo, la gratitud o el altruismo.

Otra característica notable entre este grupo de estudiantes, es la visión positiva del ambiente; creencia de que será más probable que sucedan cosas buenas que malas (optimismo). Esto sólo muestra que la mayoría de las personas, particularmente las sanas tienden a verse a sí mismas de una manera optimista (Tylor, 1989; Tylor & Brown 1994). Aunque por otra parte, también puede deberse a: una imagen realzada de los propios atributos, una creencia exagerada e infundada de que se puede hacer que las cosas vayan mejor, o una sensación injustificada de que el futuro será mejor de lo que indican los hechos. (Haselton, & Nettle, 2006; Carr, 2007; Staudinger & Aspinwall, 2007) e incluso a la creencia de que los eventos están determinados por su propio comportamiento frente al destino, la suerte o las circunstancias externas (Sagone & Caroli, 2014). Así, se requiere de estudiar las estrategias cognitivas que participan y generan las respuestas que mantienen expectativas positivas sobre la misma persona y su realidad.

Por último, la destacada presencia de resiliencia bosqueja una aparente contradicción. Recordando que la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas plasma a la resiliencia como un ingrediente activo para florecer en la vida, llama la atención que una gran proporción de alumnos languidezca. En primer lugar, este estudio trata a la resiliencia como un componente de percepción, es decir, que la evaluación sólo contempla como se observa a sí misma la persona en cuanto a situaciones que pueden ser. Segundo, la literatura muestra que la resiliencia es un rasgo de personalidad bastante estable que refleja la capacidad de un individuo para adaptarse a los cambios del entorno (Block & Block, 1980; Block & Kremen, 1996; Lazarus & Folkman, 1993; Masten, 2001) cuya manifestación es a través del manejo de habilidades de resolución ante los problemas, de mayor empatía, mejores relaciones interpersonales, de salud mental y física.

Por lo que, si bien desde un punto de vista funcional las emociones positivas participan directamente para forjar resiliencia (Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006;

Tugade & Fredrickson, 2004; Cohn & Fredrickson, 2010; Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009) hace falta no sólo identificar el rasgo de resiliencia sino también los aspectos que pueden verse involucrados como son la aptitud y actitud emocional dentro del grupo de pares universitarios, la deseabilidad social o normas subjetivas (Alvarez, 2010) que influyen en su presencia.

Como se ve, los aspectos que entran en juego para comprender las percepciones sociales y psicológicas vinculados a la positividad son muy variados y complejos, por lo que plantean muchas preguntas en todos los niveles de análisis, sin embargo, considerando que hasta el momento no se cuenta con información comparable con otros grupos de estudiantes, el informe obtenido, encausa la investigación alrededor de estos elementos.

Conformación de los estilos de afrontamiento

Por otra parte, en la sección dedicada al afrontamiento fue posible distinguir un estilo más, de los cinco propuestos originalmente por Zavala, Rivas, Andrade y Reild (2008), es decir, se halló una proporción para ambos sexos que no mostró un estilo determinado. Posiblemente esta manifestación se deba a procesos relacionados con el estrés y el riesgo de trastornos psicológicos específicos. Al respecto, la literatura apoya la idea de que algunos trastornos mentales como la angustia psicológica crónica y la depresión, están relacionados con la falta de recursos de afrontamiento para manejar los retos de la vida diaria (Frith, Blakemore & Wolpert, 2000; Repetti, Taylor & Seeman, 2002). No obstante, estudios previos relacionados al afrontamiento, no han reportado la expresión de un estilo indefinido, por lo que esto expone la necesidad de identificar a los estudiantes que se mantienen estables en relación a los recursos de afrontamiento de los que no, así como la urgencia de profundizar en el estudio de los mecanismos subyacentes positivos como el optimismo, la autoestima y el apoyo a la par de la evaluación de trastornos mentales para poder atribuir su relación.

En este orden de ideas, las expectativas respecto a cada estilo en los estudiantes se corroboraron con lo reportado por otros autores. Los universitarios afrontan principalmente mediante la reevaluación positiva que, de acuerdo con Oblitas y Becoña (2000) es un proceso de afrontamiento más estable y consistente en el tiempo a diferencia de los otros estilos. Por otra parte, los procesos: cognitivo reflexivo, negación y evasión también obtenidos en esta muestra son consistentes con estudios en población adulta y estudiantil mexicana (Gongora & Reyes, 1998; Navarro 2001; Zavala, Rivas, Andrade & Reild, 2008).

Además, es indudable que los estudiantes manejan el enfrentamiento orientado al problema y orientado a la emoción (Lazarus & Folkman (1988), es decir, actúan sobre el medio y modifican el significado de la circunstancia estresante. En este sentido, la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 1988, 2001) también afirma que los esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente a la tensión del momento, se pueden mejorar con el ejercicio de emociones positivas, ya que generan una gran variedad de respuestas que optimizan las formas de afrontar de manera duradera, construyendo el rasgo de resiliencia para ser empleado en adversidades futuras.

Más allá de estas ventajas momentáneas, los procesos de afrontar en los estudiantes responden a las perspectivas personales y situacionales (Lazarus & Folkman, 1984; Sandín, 2003). Así, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro, ya que, depende de la situación a la que están sometidos los estudiantes, de los recursos personales y sociales con los que cuenten para hacer frente al estrés. Por lo que se sugiere investigar circunstancias particulares de estrategias de afrontamiento que contemplen diferentes muestras, edades y contextos en relación a las emociones positivas.

Situación del consumo de alcohol

A partir de los datos de consumo de alcohol, se puede considerar que la ingesta entre los jóvenes estudiantes no es seriamente un peligro. Sin embargo, es evidente que ya existen grupos de riesgo, por lo que, esto plantea un importante reto para establecer mecanismos que tomen en cuenta a todos los grupos y eviten las consecuencias negativas que conlleva el consumo en peligro, considerando que esta población está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal y social, lo cual puede producir conductas que pueden comprometer su salud mental.

Con los datos encontrados, se está en consonancia con diversos hallazgos reportados a nivel nacional e internacional en otros estudios (García, Castillo, de la Rubia, García & Castillo, 2013; González-González et al., 2012; Díaz et al., 2008) respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Tal es el caso de la presencia de consumo al momento del estudio, presentando 71.8%.

Aunque la clasificación utilizada en este trabajo para discriminar a los abstemios de los bebedores no se estableció en cuanto al tiempo como en el caso de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 respecto a población adulta (18- 35 años), en la que se preguntó por el uso en los 12 meses previos, y uso en los 30 días anteriores, se menciona para tener una cifra aproximada de comparación, en virtud de que es una de las clasificaciones más empleadas.

Por otra parte, en cuanto a la frecuencia y cantidad de copas por ocasión de consumo, se refleja la forma de beber de los mexicanos en general ya reportados por otros autores (Mora-Rios & Natera, 2001; Piña, Yañez & Fragoso, 2010), el cual es un consumo es infrecuente pero en grandes cantidades.

Asimismo, los estudiantes calificaron predominantemente en consumo bajo o de abstinencia, principalmente el sexo femenino, lo que coincide con Restrepo, Agudelo, Giraldo &

Sánchez (2011), así como con Londoño & Valencia (2008) quienes publican datos de estudiantes colombianos. Por lo que se podría afirmar que tienen menor posibilidad de presentar problemas individuales y sociales. No obstante, es evidente la gran oportunidad que se tiene para dirigir un control del abuso de alcohol si se destinan acciones a la población que anticipen un consumo en riesgo y peligro.

En cuanto a la emociones y al consumo de alcohol por niveles, se confirma la presencia de emociones positivas y florecimiento en el nivel de no consumo, sin embargo, llama la atención que la emoción de asombro se presenta con alta frecuencia entre los que ingieren alcohol en un nivel de riesgo y peligro. Esto puede deberse a la ambivalencia del término, ya reportada (Ekman, 1992; Allen, Machleit & Marine 1988; Fredrickson, Tugade et al., 2003; Fredrickson & Losada, 2005). Esta tendencia, también se observó durante los laboratorios cognitivos, es decir, los estudiantes reportaron principalmente una impresión sorpresiva positiva, por ejemplo, recibir un regalo que no esperaban, pero también en menor medida, un impacto negativo, por ejemplo, presenciar un fatal accidente.

En este sentido, convendría en primer lugar, considerar los factores ambientales y personales que rodean al asombro para circunscribir la propensión a lo positivo y también, valdría la pena establecer comparaciones entre grupos de estudiantes y evaluar la emoción en diversas circunstancias, por ejemplo, en la interacción social.

Finalmente, respecto a la pregunta que dio origen a esta investigación ¿Existe relación entre las emociones positivas y negativas y los niveles de consumo de alcohol en un grupo de universitarios mexicanos? Con el modelo explorado se sugiere una relación indirecta entre esas variables, ya que la relación significativa, evidenciada entre los afrontamientos evasivo y cognitivo reflexivo con el consumo de alcohol, plantea dos modos de funcionalidad; uno centrado en los problemas que se pueden modificar y otro, centrado en las emociones (Lazarus &

Folkman, 1987) cumpliendo este último, una importante función adaptativa (Compton, 2005) en situaciones que no pueden ser cambiadas.

En primer lugar, el hablar de la relación entre afrontamiento y consumo de alcohol tiene congruencia con los reportes de algunos autores, se ha comprobado que quienes utilizan estrategias centradas en situaciones consumen menos que los que utilizan estrategias de evitación (Wagner, Myers & Ininch, 1999; Finney & Moos, 1995) por lo que el consumo podría ser una respuesta emocional de los estudiantes a los estresores que enfrentan, por ejemplo, el proceso de desarrollo madurativo en paralelo con el avance de la carrera de profesionalización, las actividades académicas y extraacadémicas, y la jornada de estudio, además de otras áreas funcionales de individuo. Sin embargo, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro, ya que vendría determinado por el tipo de situación en la que se aplique y las habilidades personales y sociales con las que se cuente.

En ese orden de ideas, desde la propuesta de la ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 1998,2001 2009) se asume que la adquisición de habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés implican el ejercicio de emociones positivas, las cuales a su vez construyen el recurso de resiliencia para ser empleado en situaciones adversas. De ese modo, se puede decir que los alumnos con estas habilidades tendrán una menor tendencia a consumir alcohol de una manera abusiva. Pese a esto, se requiere de estudios que demuestren la relación entre los aspectos emocionales positivos con las formas de afrontar, en el caso de los jóvenes, y específicamente de los estudiantes, se debe examinar lo ocurre respecto a la evasión y la cognición reflexión con variables involucradas en la positividad para tener la posibilidad de explicar o predecir que influye en el riesgo de consumo de alcohol y que es determinante para acciones futuras que garanticen la salud mental.

Así, los hallazgos del estudio en sus diferentes etapas permitieron documentar la presencia de emociones positivas como una parte importante de la vida de los estudiantes y como éstas se relacionan con el consumo de alcohol lo que puede ser particularmente valioso para enfocar la problemática desde otro punto de vista y asumir en la investigación actual el reto de emplear la salud mental positiva.

Para concluir, los hallazgos del estudio en sus diferentes etapas permitieron documentar la presencia de variables positivas como una parte importante de la vida de los estudiantes, y como estas influyen en la conducta de consumo de alcohol. Del mismo modo, particularmente valioso fue el enfoque de la problemática desde otro punto de vista distinto al patológico, el cual asumió un enorme reto en la investigación actual al valerse la salud mental positiva como una alternativa.

Pero aún más importante es generar con una línea de investigación a partir los hallazgos del presente trabajo para impulsar las características positivas en la población.

Experiencias en la realización del trabajo de campo

Como se ha mencionado, el trabajo de campo en modalidad de respuesta virtual (internet) fue probado en esta investigación con buen resultado, no obstante, se observó que uno de los principales obstáculos para que los participantes se involucraran en el proceso, fue la falta de un estímulo lo suficientemente fuerte que motivara su interés. Por tal razón el levantamiento de la muestra se presentó lento e impulsó la realización de diversas estrategias con la colaboración de autoridades de la institución y los participantes.

Dicho proceso, llevó aproximadamente tres meses para el logro de la muestra y un mes y medio más para obtener el total de respuestas esperadas; las estrategias iniciales atrajeron la atención inmediata de los participantes, pero no lo suficiente, posiblemente, la devolución a los participantes fue medianamente atractiva y la implicación del tiempo destinado a responder

motivaron el desánimo y el abandono. Sin embargo, la participación de las autoridades y la presencia de un estímulo académico impulsaron la participación, además, el trabajo diario mediante correos electrónicos con el envío de respuestas a dudas, probablemente facilitó la confianza de los participantes e interacción con un sentimiento de acompañamiento durante y al final del proceso.

Es apartir de estas reflexiones a continuación se describen las experiencias positivas y negativas que tuvieron lugar en el trabajo de campo, así como algunas consideraciones para mejorar la investigación a futuro en el contexto virtual.

Ventajas e inconvenientes del trabajo de campo

Durante el trabajo de campo, en general, se detectó la existencia de ventajas e inconvenientes al emplear la modalidad de respuesta en línea y en las estrategias utilizadas para lograr el involucramiento de los participantes.

Entre las ventajas se encontró que:

- A) La facilidad de acceso y constante interacción con los diferentes recursos que se encuentran en internet revelan la viabilidad de emplear uno o varios instrumentos en línea.
- B) El empleo del correo electrónico y el mensajero instantáneo mantienen en tiempo real una “relación” más directa para la aclaración de dudas, así como para la solución de problemas; fallas al ingreso a internet y/o respuestas a los instrumentos.
- C) El libre acceso y la disponibilidad de los instrumentos 24 horas al día ayuda a satisfacer las necesidades de tiempo del participante para emitir sus respuestas.
- D) La ausencia de programas especiales y el sólo empleo de un sitio virtual, provee una fácil estructura de los instrumentos, el envío automático de datos y una

cómoda modalidad para que el participante interactúe y responda libremente, y el investigador mantenga un constante seguimiento de respuestas.

- E) El uso de internet para la recolección de datos promueve la investigación en el contexto del avance tecnológico y motiva la conquista de nuevas técnicas.
- F) Finalmente, considerar las formas en que la población con la que se trabaja interactúa con los medios virtuales permite una mejora en la toma de decisiones al momento de plantear el procedimiento y en el seguimiento de respuestas para el logro de objetivos.

Entre los inconvenientes se halló que:

- A) La carencia de un estímulo lo suficientemente atractivo para los participantes (económico o material) limita la obtención de respuestas a lo largo de varios días y dificulta conservar la atención y el interés que se dispersa entre redes sociales y espacios virtuales de mayor beneficio inmediato para el participante.
- B) La inconstancia para responder los instrumentos a lo largo del tiempo; el abandono y reinicio del proceso en varios momentos generan un número excesivo de respuestas (por sujeto) y retraso en cumplimiento total de éstas.
- C) El trabajo con muestras grandes en modalidad virtual a través de varios días genera gran inversión de tiempo y trabajo, así como poco control de las dudas y respuestas a los participantes; los involucrados envían diariamente correos electrónicos con preguntas, peticiones y excusas que deben ser tomadas en cuenta.
- D) El tiempo de estancia en internet es dinámico en diversas actividades; el uso de más de 30 minutos para responder los instrumentos en línea se ve interferido en

la atención por otras actividades que se realizan simultáneamente, incluso causa cansancio y aburrimiento, si además se realiza a lo largo de varios días.

A pesar de los inconvenientes en el estudio, se llevó a cabo de manera satisfactoria la obtención de la muestra y las respuestas previstas para cumplir los objetivos.

Consideraciones para lograr una mejora de la modalidad de respuesta en línea e involucramiento de participantes.

A partir de las experiencias en el trabajo de campo, se evidencia la importancia de considerar algunos elementos para mejorar la modalidad de respuesta en línea y la colaboración de los participantes.

Dadas las características de comunicación masiva que ofrece el internet, es conveniente difundir en redes sociales u otros espacios virtuales los pormenores del proceso al que se serán invitados; sensibilizar a los estudiantes de la importancia y beneficios que obtendrán al involucrarse. Con esta estrategia se ahorra tiempo y motiva a los sujetos.

Una vez que se plantea en el contexto virtual la invitación, se debe considerar el empleo de instrumentos cortos; debido a la dinámica virtual y la flexibilidad para “navegar” por otros sitios, esta estrategia permitirá mantener la atención hasta el final del proceso y la obtención de respuestas más fiables. Así mismo, las respuestas en línea pueden mejorarse con base en el número de aplicaciones; reduciendo el número de días (no más de 5) para responder los instrumentos, se evita la fatiga y el aburrimiento de los participantes.

También, el incorporar al personal de las instituciones y mantener una constante comunicación de los avances del proceso, mejora la continuidad del trabajo y compromiso de los participantes; esta técnica brinda seguridad y confianza, además de minimizar atrasos en las respuestas.

Es así que, las reflexiones en torno al trabajo de campo permitieron el empleo de diversas estrategias para documentar la experiencia en torno a la modalidad de respuesta virtual y la colaboración de los participantes de manera voluntaria. Los comentarios en este sentido, afirman que el uso del internet abre la posibilidad a futuras investigaciones y justifican la importancia de involucrar diversos recursos humanos, económicos y de tiempo en un compromiso y acercamiento del investigador a los intereses de los participantes en una “relación” virtual de reciprocidad. Por lo tanto, es posible afirmar que el uso de esta modalidad y la alianza con los participantes es viable sí están basados en el acompañamiento, el tiempo destinado a responder y la retribución a los participantes.

Alcances y limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio puede mencionarse el hecho de que la aplicación de los instrumentos y la exploración de características se basaron en la misma muestra y no se consideró un proceso de validación como tal. Posiblemente, el desarrollo de la validación con una muestra independiente y en otro contexto ayudaría a concretar aspectos psicométricos de las pruebas utilizadas.

Por otro lado, la información obtenida indica un uso prudente de los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que el empleo de muestras no probabilísticas de conveniencia limitan las posibilidades de generalización a todos los jóvenes universitarios mexicanos de las conclusiones hacia la explicación de las variables contempladas y el consumo de alcohol. Así, en futuras investigaciones incluir otras muestras, contextos, edades ampliará el conocimiento de lo abordado.

Por otra parte, respecto a los alcances de este trabajo es relevante mencionar que lo manifiesto en esta investigación representó un reto en diferentes niveles. El planteamiento de una visión positiva en un contexto científico en el que prevalece la patología, la experiencia de

exploración sobre las ideas que mantienen los universitarios en relación a sus estados emocionales, la confrontación con un método distinto al escrito para la obtención de respuestas, motivaron un profundo interés por generar estrategias que manera inmediata contribuyan a encontrar soluciones a los inconvenientes, también fue una oportunidad para replantear el trabajo a seguir a futuro.

Finalmente, el acopio de la información es una valiosa contribución al conocimiento de la salud mental positiva en el contexto de la psicología positiva, de ahí que estos aspectos resaltan la importancia de continuar con la propuesta científica en un marco aún incipiente en nuestro país.

Estrategia para promocionar la salud mental positiva en función de la prevención del consumo de alcohol desde el planteamiento teórico de Fredrickson (2009).

Bosquejar una estrategia desde la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas con el fin de promover la salud mental positiva y prevenir el consumo abusivo de alcohol fue una meta de este estudio.

Esta propuesta ofrece no sólo una excelente oportunidad para formular un cambio en la atención psicológica desde un enfoque psicológico positivo, específicamente, desde la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 1998; 2000; 2009) sino también un reto para prevenir las consecuencias atribuibles al alcohol.

Así, la propuesta tiene por objeto brindar una orientación para la aplicación de la intervención psicológica positiva (IPSP) destinada a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol, así como impactar positivamente el bienestar. Su visión es animar a la comunidad científica a probar y respaldar los recursos y capacidades de los individuos en los contextos socioculturales.

La estrategia tiene por objetivos:

1. Proporcionar herramientas para reducir y prevenir las consecuencias relacionadas con el alcohol sobre las intervenciones que promueven el florecimiento.
2. Aumentar la concienciación y compromiso respecto a los beneficios que conlleva el empleo de la intervención psicológica positiva para adoptar medidas que contrarresten los problemas sanitarios, sociales y económicos, y personales causados por el consumo de alcohol.
3. Contribuir con el acervo y difusión de conocimientos en el contexto de la psicología positiva.

Para alcanzar los objetivos señalados será necesario adoptar una visión opuesta a la patología. En este sentido, el enfoque de salud mental positiva desde la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, la Psicología Positiva y específicamente, la Teoría de Ampliación y Construcción de Emociones Positivas (TAYCEP) (Fredrickson, 1998), son los fundamentos para conseguir el bienestar (OMS, 2004; 2004b; Seligman, 2000). Estas consisten en fortalecer el sentido en la vida, los valores y las virtudes, la vida relacional (social), la vida satisfactoria y las emociones positivas.

De forma particular, las estrategias o programas que aumentan de manera sostenida el florecimiento de las personas con o sin problemas de tipo psicológico, es una de las líneas que ha desarrollado el estudio de las emociones positivas. Las intervenciones en este campo por un lado, complementan lo ya existente en tratamientos psicológicos eficaces. En segundo lugar, estas intervenciones ayudan a manejar mejor la comprensibilidad y significado del sufrimiento infundiendo a las personas motivación para aprender los métodos que autogeneran emociones positivas y ayudan a reconocer el valor de nuevos comportamientos. En este sentido, desafían las

típicas intervenciones preventivas, mas centradas en la prevención de los problemas y colocan la mirada en la positividad para potenciar el desarrollo humano.

Sin embargo, la reducción del uso nocivo del alcohol y las intervenciones destinadas a prevenirlo deben guiarse por los intereses en primer lugar de la salud pública y además basarse en objetivos claramente definidos por la intervención psicológica positiva en emociones.

En ese contexto, las estrategias propuestas por la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas habrán de impactar la conducta de consumo de alcohol y proveer de herramientas claras y comprometidas con el florecimiento.

A continuación se proponen los principios rectores de la estrategia para el consumo de alcohol y la estructura de la misma. (Ver figura 4)

- a) Etapa de iniciación: identificar y evaluar la conducta de consumo o necesidades prioritarias mediante instrumentos de evaluación estandarizados.
- b) Etapa de transición: gestionar la atención mediante la información a la persona sobre los objetivos y beneficios de la intervención para su vida.
- c) Etapa de especialización: Incorporar a la persona a la intervención psicológica positiva a través de técnicas positivas e integrar objetivos precisos y viables (Ver tabla 13).
- d) Etapa de recuperación: Evaluar los alcances posteriores a la intervención psicológica positiva a través de la evaluación con medidas estandarizadas positivas empleadas en la etapa de iniciación.
- e) Etapa de productividad: Monitorear la conducta de consumo de la persona, así como el florecimiento y otros factores positivos que hayan sido evaluados con anterioridad para establecer el impacto de la intervención en la vida de la persona y el alcance de objetivos.

- f) Etapa de mantenimiento: proveer para la atención el respaldo pedagógico necesario para reforzar las estrategias positivas que dan permanencia al florecimiento.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE SMP/CA

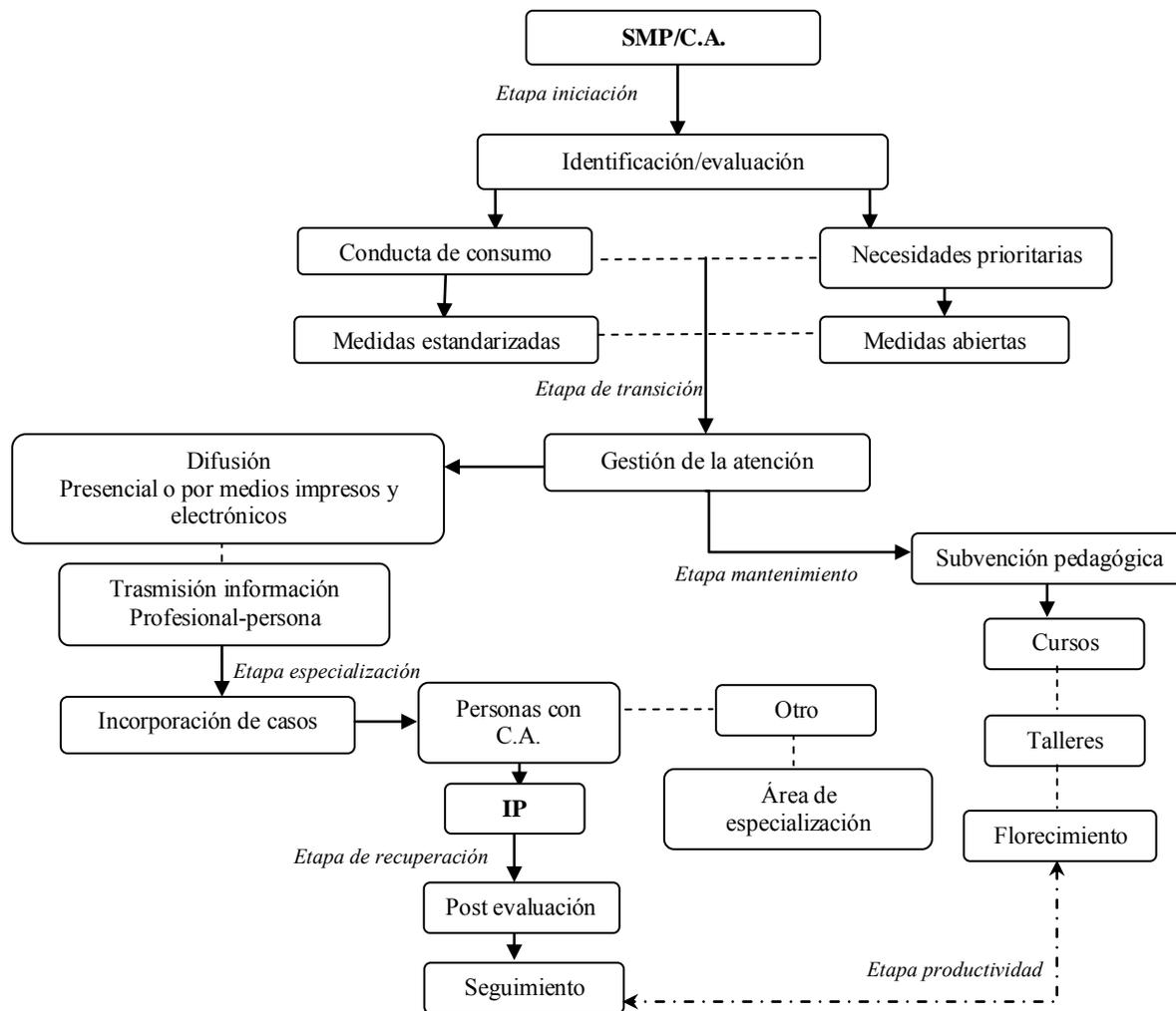


Figura. 4. Esquema elaborado por la autora de esta investigación para únicamente representar la forma en que puede ser llevada a cabo la intervención.

Tabla 13.

Sugerencias para la reducción del consumo de alcohol y el impulso del florecimiento

-
1. Mantenerse abierto
 - a) Despertar la curiosidad.
 - b) Aceptar y apreciar lo que se vive.
 - c) Prestar atención sin intentar cambiar lo que sucede.
 - d) Ejercitar la meditación de conciencia plena.
 2. Conexión social
 - a) Comprometerse respetuosamente con atención y en el presente.
 - b) Brindar a los demás apoyo emocional e instrumental para ayudarles a triunfar.
 - c) Creer en la confianza de los otros y permitir que lo demuestren.
 - d) Relacionarse con los otros sin ningún objetivo en particular.
 3. Cultivar amabilidad
 - a) Realizar cinco actos de amabilidad en un mismo día.
 - b) Ser activo y considerado con los demás (evaluar qué pueden necesitar otros)
 - c) Valorar la conexión social que se implantó y las sensaciones que produjo la amabilidad diariamente.
 4. Amplificar distracciones
 - a) Encontrar actividades saludables y permitirse distraerse
 5. Pensar no negativo
 - a) Exteriorizar (verbalmente) los pensamientos negativos a través de la refutación.
 6. Unirse a la naturaleza
 - a) Buscar escenarios naturales y relacionarse con sus elementos.
 7. Descubrir y aplicar fortalezas
 - a) Evaluar las fortalezas personales
<http://www.authenticchappiness.sas.upenn.edu/default.aspx>
 - b) Destacar cinco fortalezas principales y reflexionar sobre las que intensifican la vida.
 8. Ejercitar el estar presente, aquí mismo y ahora mismo
 - a) Practicar la meditación de conciencia plena (mindfulness)
 9. Evocar emociones que conmueven
 - a) Practicar la meditación de bondad afectuosa
 10. Mostrar gratitud
 - a) Escribir en un diario las cosas por las que se está agradecido.
 - b) Agradecer sinceramente cada acto o gesto de los demás como una rutina.
 - c) Agradecer las experiencias vividas en un ciclo o proceso en la vida que finaliza
 11. Saborear
 - a) Pensar en lo que proporciona amor, alegría, orgullo o cualquier otra fuente de positividad y apreciarla.
 12. Visualizar el futuro
 - a) Reflexionar y escribir dónde, cómo y con quién se estará en un futuro lejano (10 años).
-

Nota. Se integraron doce técnicas destacadas en los diferentes estudios mencionados en este trabajo.

Una vez bosquejada la propuesta de intervención para el consumo de alcohol y el florecimiento, es importante recalcar que las técnicas mencionadas han destacado en la investigación psicológica positiva en la última década, por lo que posiblemente el aspecto más difícil sea potenciarlas con seguimientos de plazo significativo de seis meses o un año. Aunque esto plantea diferentes vías a seguir en el futuro, también augura beneficios subsecuentes para los individuos en situación de consumo, ya que incluye factores positivos que impactan su calidad de vida, permitiéndoles fortalecer su bienestar.

Por último, este estudio constituye una de las pocas investigaciones al campo de la psicología positiva vinculada al consumo de alcohol, donde se exploraron constructos relacionados al bienestar con significativa importancia al momento de contextualizar el fenómeno de consumo de alcohol.

En ese sentido, sería importante continuar con investigaciones enfocadas en medir variables positivas, así como el entorno y sus modificaciones, porque pueden influir en la salud mental positiva en especial de esta población.

Referencias

- Ackerman, B. P., Abe, J. A., & Izard, C. (1988). Differential emotions theory and emotional development: Mindful of modularity. En: M. Mascolo y S. Griffin (Eds.), *What develops in emotional development?* (pp.85-106). New York: Plenum Press.
- Akhtar, M., & Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents: A group intervention. *Groupwork*, 20(3), 6-31. doi: 10.1921/095182410X576822
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-106.
- Allen, T., Machleit, A., & Marine, S. (1988). On assessing the emotionality of advertising via izard's differential emotion scale. *Advances in Consumer Research*, 15, 226-231.
- Alvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20(1), 97-102.
- Aron, A., & Aron, E. (1986). *Love as the expansion of self: Understanding attraction and satisfaction*. New York, NY: Hemisphere.
- Ashery, R., Robertson, E., & Kumpfer, K. (1998). *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville, U.S.: Department Of Health And Human Services National Institutes of Health.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. (4a. ed.). Barcelona: Masson.

- Aspinwall, L. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. En: A. Tesser y N. Schwarz (Eds.), *The black-well handbook of social psychology* (pp. 159-614). Malden, Ma: Backwell.
- Averill, J. (1982) *Anger, and aggression: An essay on emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Averill, J. R. (1997). The emotions: An integrative approach. En: R. Hogan & J. A. Johnson (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 513–541). San Diego, CA: Academic Press
- Babor T, De la Fuente, J., Saunders, J., & Grant. M. (1992) *Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol. Pautas de uso en la atención primaria de la salud*. Ginebra: OMS.
- Babor, T., & Caetano, R. (2005) Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(4/5), 327-337.
- Baltes, P., & Freund, A. (2007) El potencial humano como orquestación de la sabiduría y la optimización selectiva de compensaciones. En: L. Aspinwall y U. Staudinger (Eds.), *Psicología del potencial humano*. (pp. 50-52). Barcelona, Gedisa.
- Barret, I., Ochsner, K., & Gross, J. (2007). On the automaticity of emotion. En: J. Bargh (Ed.), *Social psychology and the unconscious: the automaticity of higher mental processes* (pp. 173-218). New York: Psychology press.
- Barriguete, A. (2006). La enfermedad alcohólica: una visión desde México. *RET: Revista de Toxicomanías*, 46, 17-25.
- Baumeister, R., & y Leary, M. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.

- Block, J., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior. En: W. A. Collings (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology*. (pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J., & Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Bono, G., & McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 147-158.
- Borges, G., Mondragon, L., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Zambrano, J., & Cherpitel, C. (2005). A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury. *Alcohol and Alcoholism*, 40(4), 257-262.
- Bouza, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 26(1), 50-56.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917-927.
- Brugal, M. T., Rodríguez-Martos, A., & Villalbí, J. R. (2006). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 55-62.
- Burton, C., & King, L. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38(2), 150-163.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14(1), 317-335.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña Iglesias, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M.,... Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17(3), 193-202.

- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Barcelona: Paidós.
- Carruthers, C., & Hood, C. D. (2004). The power of the positive: Leisure and well-being. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(2), 225-245.
- Carrasco, A. M, Barriga, S. & León, J. M. (2004). Consumo de Alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 205-226.
- Castillo, M., & Leyva, M., (2005). Alcoholismo: del despojo de una herencia cultural a la caricatura del poder. *El Cotidiano*, 20(132), 64-77.
- Chassin, L., Carle, A., Nissim-Sabat, D., & Kumpfer, K.L., (2004). Fostering resilience in children of alcoholic parents. En: K. I. Maton (Ed.), *Investing in children, youth, families and communities: Strength-based research and policy* (pp. 137-155). Washington, D.C.: APA Books.
- Chassin, L., Flora, D., & King, K. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of parent alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483–498.
- Cheavens, J., Feldman, D., Woodward, J., & Snyder, C. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 20(2), 135-145.
- Chico E., & Ferrando, P. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J.,... Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.

- Clark, A. E., & Oswald, A. J. (2002). A simple statistical method for measuring how life events affect happiness. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1139-1144.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5(2), 71-76.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Cohen, S. Doyle, W., Turner, R., Alper, C., & Skoner (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Style*, 65, 652-657.
- Cohn, M., & Fredrickson, B. (2010). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *Journal of Positive Psychology*, 5, 355-366.
- Cohn, M., Fredrickson, B., Brown, S., Mikels, J., & Conway A. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368.
- Compton, W. (2005). *Introduction to Positive Psychology*. Australia: Thomson/Wadsworth.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059-1088.
- Cooper, M. L., Krull, J. L., Agocha, V. B., Flanagan, M. E., Orcutt, H. K., Grabe, S.,... Jackson, M. (2008). Motivational pathways to alcohol use and abuse among Black and White adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 485-501.
- Covarrubias, M., & Cuevas, A. (2008). La perspectiva histórico cultural del desarrollo y la construcción de la esfera afectivo-motivacional. *Psicología para América Latina*, 14, 1-7.
- Crumbaugh, J. C. & Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the purpose in life test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.

- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (1988). *Optimal experience psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge: Cambridge university press.
- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the experience-sampling method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(9), 526-536.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow*. New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, I. S. (1992). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4(2), 185-199.
- Damasio, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate.
- Danner, D. Snowdon, D., & Friesen, W. (2001) Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Davidson, R. J. (2001). Toward a biology of personality and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935(1), 191-207.
- De la Fuente, JR., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina.*, 35, 47-51.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Delle-Fave, A., & Massimini, F. (1992) The experience of psychology: investigating mental disorders in their natural settings. Cambridge: University press.
- Díaz, A. (2006). La identificación temprana y el tratamiento oportuno de bebedores excesivos en la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Cuadernos FISAC*, 7(1), 21-50.

- Real Academia de la lengua Española. (2001). *Diccionario de la Real Academia de la lengua Española*. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Díaz, A., Díaz, R., Hernández C., Narro, J., Fernández, H., & Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist, 61*(4), 305-314.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2004). Beyond money toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest, 5*(1), 1-31.
- Durkworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651.
- Eagly, A. H., & Karau, S. J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review, 109*(3), 573-598.
- Eccles, J. S., & Gootman, J. A. (Eds.). (2002). *Community programs to promote youth development*. National Academies Press.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., & Reiser, M. (2002). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 136-157.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion, 6*(3/4), 169-200.
- El-Guebaly, N. (2007). Investigating the association between moderate drinking and mental health. *Annals of Epidemiology, 17*(5), S55-S62.
- Ellison, R. C. (2007). Health risks and benefits of moderate alcohol consumption: Proceedings of an international symposium. *Annals of Epidemiology, 17*, S1-S117.

- Ellsworth, P. C., & Smith, C. A. (1988). From appraisal to emotion: Differences among unpleasant feelings. *Motivation and Emotion, 12*(3), 271-302.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377-389.
- Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Ruiz-Gutiérrez, V., Covas, M. I.,...Ros, E. (2006). Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine, 145*(1), 1-11.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*(3), 136-143.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2005). Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*(11), 1392-1400.
- Fernández-Ballesteros, R. F. (2001). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: some empirical results. *Psicothema, 13*(1), 40-49.
- Finney, W., & Moos, H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction, 90*, 1223-1240.
- Flay, B. R. (2002). Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior, 26*(6), 407-424.
- Flores, F., Rodríguez, L., & Guzmán, F. (2006). Consumo de alcohol y características demográficas de usuarios de salas de urgencias de Tamaulipas, México. *Revista Electrónica de Salud Mental Alcohol y Drogas, 2*(1), 1-14.
- Flórez, L. (2007) *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. Colombia: Editorial Manual Moderno.

- Fordyce, M. W. (1978). Prospectus: The self-description inventory. *Unpublished manuscript, Edison Community College, Ft. Myers, Florida.*
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745–74.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology, 2*, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well being. *Prevention and Treatment, 3*(1), 1522-3736.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychology, 56* (3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist, 91*, 330-335.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden and build of positive emotions. *The Royal Society, 359*, 1367-137.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M., Coffey, K., Pek., J., & Finkel, S, (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(5), 1045-1062.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2001). Positive emotions. En: T. Mayne y G. Bonanno (Eds.) *Emotions. Currents Issues and Future Directions*. (pp. 128-129). New York: The Gilford press.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion, 19*(3), 313-332.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, M. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*, 172-175.

- Fredrickson, B. L., & Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, *60* (7), 678–686.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R., Branigan, C., & Tugade, M. (2000) The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion*, *24*(4), 237-257.
- Fredrickson, B. L., Tugade M., Waug, C., & Larkin (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States of September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 365-376.
- Frijda, N. (2005). Emotion experience. *Cognition and Emotion*, *19* (4), 473-497.
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Frisch, M. (2006). *Quality of life therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley.and Sons.
- Frith C., Blakemore S., & Wolpert D. (2000). Explaining the symptoms of schizophrenia. Abnormalities in the awareness of action. *Brain Research Reviews*, *31*, 357–63.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and social psychology*, *87*(2), 228-245.
- Gancedo, M. (2008) Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, *9*, 15-26.
- Gantiva, C., Gómez C., & Flores L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, *12*, 38-48.
- García, N. A. A., Castillo, M. M. A., de la Rubia, J. M., García, K. S. L., & Castillo, B. A. A. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol. *Revista Científico Electrónica de Psicología*, *13*, 115-135.

- García del Castillo, J.A. G., Sánchez, C. L., & Soler, M. D. C. Q (2006). Consumo de alcohol actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. *Salud y Drogas*, 6(2), 149-159.
- Gervais, M., & Wilson, D. (2005). The evolution and functions of laughter and humor: A synthetic approach. *Quarterly Review of Biology*, 80, 359-430.
- Goncalves, S., & Castellá, J. (2003). Comportamientos de riesgo entre jóvenes: el síndrome de la conducta problema. *Universidad de Oriente. Santiago de Cuba*, 101, 76-83.
- Góngora, C., & Reyes I. (1998). El enfrentamiento a los problemas en jóvenes adultos yucatecos. *La Revista de Psicología Social en México*, 7, 18-23.
- González de Cossío M, (2006). Consumo de alcohol en estudiantes de ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México: Prevalencia y factores asociados. *Cuadernos FISAC*, 1(27), 23-52.
- González-González, A., García, F. J., Torres, C. S., González-Forteza, C., Tapia, A. J., Medina-Mora, M. E., & Mejía, H. F. V. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35, 51-55.
- Grant, B.F. (2000). Estimates of U.S. children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90(1), 112-126.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2006). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcohol Research and Health*, 29(2), 79-91.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.
- Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24(2), 61-63.

- Haidt, J. (2006). *La hipótesis de la felicidad*. Barcelona: Gedisa.
- Hamburg, D. A. (1963). Emotions in the perspective of human evolution. En: P. Knapp (Ed.), *Expression of the Emotions in Man* (pp.300-317). New York: International Universities press.
- Haselton, M. G., & Nettle, D. (2006). The paranoid optimist: An integrative evolutionary model of cognitive biases. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 47-66.
- Hernández, V. M., & Scherer, Z. A. (2008). Undergraduate students' motivations for the consumption of legal drugs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(Especial), 572-576.
- Herrald, M., & Tomaka, J. (2002). Patterns of emotion-specific appraisal, coping, and cardiovascular reactivity during an ongoing emotional episode. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 434-450.
- Herrera, M., Wagner, F., Velasco, E. Borges, G., & Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*. 46(2), 132-140.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127-135.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126-1132.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62(2), 190.

- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: a 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(1), 159-165.
- Howat, P., Sleet, D., Elder, R., & Maycock, B. (2004). Preventing alcohol related traffic injury: a health promotion approach. *Journal of Traffic Injury Prevention, 5*(3), 208-219.
- Hubble, M. A., & Miller, S. D. (2004) the client: psychotherapy's missing link for promoting a positive psychology. En: P. Linley y S. Joshep. (Eds.), *Positive Psychology in Practice*. (pp.335-353). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion, 8*(5), 720-724.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(4), 419-443.
- Isen, A. (2007). El afecto positivo como una fuente de potencial humano. En: L. Aspinwall y U. Staudinger, (Eds.). *Psicología Positiva del Potencial Humano* (p. 247-263). Barcelona: Gedisa.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(3), 260-280.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 24*(89), 068-077.

- Janszky, I., Ljung, R., Ahnve, S., Hallqvist, J., Bennet, A. M., & Mukamal, K. J. (2008). Alcohol and long-term prognosis after a first acute myocardial infarction: the SHEEP study. *European Heart Journal*, *29*(1), 45-53.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books.
- Johnson, K. J., Waugh, C. E., & Fredrickson, B. L. (2013). Smile to see the forest: Facially expressed positive. *Emotional States, Attention, and Working Memory: A Special Issue of Cognition & Emotion*, *24*(2), 299-321.
- Jones, K. (2005). Positive Youth Development. Department of Community and Leadership Development. *Cooperative Extension Service. University of Kentucky-College of Agriculture*. 5, 1-4.
- Jones, T. M., & Felps, W. (2013). Stakeholder Happiness Enhancement. *Business Ethics Quarterly*, *23*(3), 349-379.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144-156.
- Keltner, D., & Haidt, J. (2003). Approaching awe, a moral, spiritual, and aesthetic emotion. *Cognition & Emotion*, *17*(2), 297-314.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychological Review*, *30*, 865-878.
- Keyes, C. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*, 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539-548.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, *62*(2), 95-108.

- King, L. (2002). Gain without pain? Expressive writing and self-regulation. En: S. Lepore y J. Smyth (Ed.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 119-134). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10451-006
- Klausner, E. J., Snyder, C. R., & Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. En: G.M. Williamson, P.A. Parmlee y D.R. Shaffer (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, Research, and Practice* (pp. 295-310). New York, U.S.: Plenum
- Kubzansky, L., & Thurston, R. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease. Benefits of Healthy Psychological Functioning *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1393-1401.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2006). Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1844-1857.
- Kumpfer, K.L., Smith, P., & Summerhays, J. F. (2008). A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls?. *Substance Use and Misuse*. 43(8-9), 978-1001.
- Larsen, R. J., & Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. En: M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology: Emotion, Vol. 13* (pp. 25-59). Newbury Park, CA: Sage.
- Lazarus, R. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*. 37(9), 1019-1024.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality, 1*(3), 141-169.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C., & Lerner, J. V. (2005). Positive youth development. *Journal of Early Adolescence, 25*(1), 10-16.
- Lener, J., & Keltner, D. (2001). Fear, anger, and risk. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(1), 146-159.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. B., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S.,... Von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents findings from the first wave of the 4-H study of Positive Youth Development. *The Journal of Early Adolescence, 25*(1), 17-71.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(2), 261-270.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. En: J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581–605). New York, Y: Guilford Press.
- Linley, P. & Joseph, S. (2003). Putting it into practice. *The Psychologist, 16*(3), 143.
- Linley, P. A., & Joseph S. (2004). Applied Positive Psychology: A New Perspective for Professional Practice. En: P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology In Practice* (pp 3-12). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist?. *Computers in Human Behavior*, *23*(1), 825-841.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, *25*(4), 42-55.
- Londoño, C., & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, *11*(1), 155-162.
- Londoño, C., Valencia, S. C, Sánchez, L., & León, V. (2007). Diseño del cuestionario de resistencia a la presión de grupo en el consumo de alcohol (CRPG). *Suma Psicológica*, *14*(2), 271-288.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(101), 43-83.
- Loukas, A., Krull, J. L., Chassin, L., & Carle, A. C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high risk sample. *Journal of Personality*, *68*(6), 1153-1175.
- Low, C. A., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: mechanisms for positive health effects. *Health Psychology*, *25*(2), 181-189.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(3), 527-539.

- Lucas R., & Diener, E. (2003). The happy worker. Hypotheses about the role of positive affect in worker productivity. En: .M. Barric y N. Ryan. (Eds.), *Personality and Work*. (pp.30-59), California: Jossey Bass.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia, S. (2006). Una reflexión sobre la psicología positiva y la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 17(3), 339-356.
- Luthans, F., Avey, J. B., & Patera, J. L. (2008). Experimental analysis of a web-based training intervention to develop positive psychological capital. *Academy of Management Learning & Education*, 7(2), 209-221.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*, 46(2), 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, S132-S139.
- Maddux, J. (2002). Stopping the madness: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. En: C. Snyder y S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 13–25). New York: Oxford University Press.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. En: P. A. Linley y S. Joshep. (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G., & Velázquez H.† (2008) Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*. 31(2) ,119-127.
- Mariño, M., Berenzon, S., & Medina-Mora, E. M. (2005) Síndrome de dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 33-39.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- May, C. J., Burgard, M., Mena, M., Abbasi, I., Bernhardt, N., Clemens, S.,... Williamson, R. (2011). Short-term training in loving-kindness meditation produces a state, but not a trait, alteration of attention. *Mindfulness*, 2(3), 143-153.
- Mayers, P. (1978). *Flow in adolescence and its relation to school experience*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galvan, F., & Tapia, R. (2003). Consumo de Drogas entre Adolescentes, Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45(1): S16-S25.
- Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván F; Fleiz, C., Rojas E.,... García A. (2002). Consumo de Alcohol. En: Secretariado Técnico contra las Adicciones (Ed.), *Encuesta Nacional de Adicciones 2002* (pp.31-36). México, D. F., México: CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/ena_2002_resultados.pdf

- Medina-Mora, M. E., Robles, R., Cortina, D., & Real, T. (2009). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. *México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.*
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Fleiz, C., Téllez, M. M., Mendoza, L.R., Romero, M.,... Guisa, V. (2012). Encuesta nacional de adicciones 2011: reporte de alcohol. México DF, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/ENA%202011/ena%20completa%20alcohol%20memm2_copia.pdf
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rodríguez Ajenjo C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M. I., Fleiz, C.,... Hernández M. (2009). *Encuesta Nacional De Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa: Distrito Federal.* México, D. F., México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/ena_2008/Nuevos/df.pdf
- Mellen, S. (1981). *The evolution of love.* Oxford: WH Freeman.
- Miller, G. E., & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychology, 20*(1), 47-63.
- Mohr, C. D., Armeli, S., Tennen, H., Temple, M., Todd, M., Clark, J., & Carney, M. A. (2005). Moving beyond the keg party: a daily process study of college student drinking motivations. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(4), 392-403.
- Monteiro, M. (2007) *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción.* Washington, D.C: OPS.

- Monteiro, M. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2), 89-96.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28(2), 82-90.
- Moral, V., Sirvent, C., Ovejero, A., & Rodríguez E. (2004) Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 6(4), 248-261.
- Mostow, A., Izard, C., Fine, S., & Trentacosta, C. Modeling emotional, cognitive, and behavioral predictors of peer acceptance. *Child Development*, 73(6), 1775-87.
- Moya, C. (2008). Cinco de cada diez estudiantes que han bebido alcohol en el último mes “se han dado un atracón. Prensa Digital Española. Recuperado de: <http://www.hispanidad.com/noticia.aspx?ID=83103>
- National Household Survey on Drug Abuse. *Department of Health and Human Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies. National Household Survey on Drug Abuse. Volumen I. Summary of national findings (2001). Recuperado de: http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/2k1nhsda/vol1/Chapter3.htm#link_group_1
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow theory and research. En: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 195-206). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Navarro, G. (2001). *Enfrentamiento a los problemas cotidianos en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nolin, M. J., & Chandler, K. (1996). *Use of cognitive laboratories and recorded interviews in the National Household Education Survey*. National Center for Education Statistics, US Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- Oatley, K., & Glouberman, S. (2003). Emotions and human health. En: S. Carta (Ed.), *Encyclopedia of Life Support Systems: Psychology, Vol II* (pp 250-266). Oxford, UK: UNESCO, Eolss Publishers.
- Oblitas, A., & Becoña, I. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdéz.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2006). *Estudio Nacional en Poblacion de 12 a 65 años, sobre consume de sustancias psicoactivas. Informe de resultados*. Secretaria de Programacion para la Prevencion de la Drogadiccion y la Lucha contra el Narcotráfico.
- Ong, A., Bergeman, C., Bisconti, T., & Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 730-749.
- Organización de Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional De derechos económicos, sociales y culturales*. Recuperado de: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencias emergentes, práctica*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2004a). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004b) *Invertir en Salud Mental*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Preparación de los profesionales de salud para el siglo XXI, el reto de las enfermedades no transmisibles, salud mental, enfermedades crónicas y promoción de la salud*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol*. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R4-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Promoción y protección de la salud. Informe anual 2000*. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature47.htm>
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Promoción y protección de la salud. Informe anual 2001*. Recuperado de: http://publications.paho.org/spanish/DO302_01.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Promoción de la Salud, un enfoque innovador y eficaz*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature47.htm>
- Organización Panamericana de la Salud (2002a). *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del trabajo. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana*.

Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1932&Itemid=2075&lang=es

- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, A., Galván, J., & Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la ciudad de México: sistema de reporte de información en drogas (SRID). *Salud Mental, 30*(4), 41-46.
- Orozco, R., Borges, G., Mondragón, L., & Monroy-Nasr, Z. (2005). El lugar donde ocurren las lesiones y su relación con el uso de alcohol. Estudio en sala de urgencias. *Salud Mental, 28*(5), 51-56.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S., & Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Independence and Survival, 48*, 473–478.
- Ostir, G., Goodwin, J., Markides, K., Balfour, J., Ottenbacher, K., & Guralnik, J. (2002). Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute illness. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(4), 713-718.
- Ostir, G., Ottenbacher, K., & Markides, K. (2004). Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect. *Psychology and Aging, 19*(3), 402–408.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986) *First International Conference on Health Promotion Ottawa*. Milestones in Health Promotion: States from Global Conferences.
- Pacheco, G.O. (2009). Salud y consumo moderado de vino. *Enfermería Global, 15*, 1-15.
- Palmero, F., Fernández, E. Martínez, F., & Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction?. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 2*(1), 1-13.

- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23* (5), 603-619.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica, 31*(1), 11-19.
- Paulhus, D., Robins, R., Trzesniewski, K., & Tracy, J. (2004). Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivariate Behavioral Research, 39*, 301–326.
- Peeters, F., Berkhof, J., Delespaul, P., Rottenberg, J., & Nicolson, N. A. (2006). Diurnal mood variation in major depressive disorder. *Emotion, 6*, 383–391.
- Pérez, A. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas: Recuperación natural y sus mecanismos de cambio. *Tipica. Boletín Electrónico de Salud Escolar, 3*(2), 1-9.
- Pérez, C. L., & Vinaccia, S. (2014). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud, 15*(2), 241-249.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies, 6*(1), 25-41.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science, 14*, 381-384.
- Peterson, C., & Seligman, M.E. (2004). Optimism, future-mindedness, future orientation. En: C. Peterson y M. Seligman, (Eds.), *Strengths and virtues a handbook and classification* (pp. 570-573). New York: Oxford University press.
- Piña, Z., Yáñez, P., & Fragoso, E. (2010). Riesgo de exposición a la ingesta de alcohol en estudiantes de educación superior en San Luis Potosí, Mexico. *Salus, 11*(1), 1-5.

- Piqueras, J. Ramos, V. Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Pressman, S., & Cohen, S. (2005). Does Positive Affect Influence Health?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 925–971.
- Ramos, B. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2), 164-70.
- Read, J. P., Wood, M. D., Kahler, C. W., Maddock, J. E., & Palfai, T. P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 13-23.
- Reeve, J (2003) *Motivación y emoción*. (3a. Ed.). México: McGraw Hill.
- Redondo, P. (2004). *Prevención de la enfermedad*. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica.
- Rehm, J., & Monteiro, M. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Panam Salud Pública*, 18(4), 241-248.
- Rehm J, Patra J, Baliunas D, Popova S, Roerecke, M., & Taylor B. (2006). *Alcohol consumption and the global burden of disease 2002*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–66.
- Restrepo, H. (2001). Agenda para la acción en promoción de la salud. En: H. Restrepo y H. Málaga, (Eds.), *Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable* (pp.34-52). Bogotá: Médica Internacional.
- Restrepo, L., Agudelo A., Giraldo, T., & Sánchez L., (2011). Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Salud Pública*, 2(2), 136-147.

- Roberts, L., & Spreitzer, G. (2005). How to play to your strengths, *Harvard Business Review*, 83, 75-80.
- Robinson, M. S., & Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 275-291.
- Robledo, T. (2002). Alcohol y reducción de daños: políticas institucionales. *Trastornos adictivos*, 4(4), 233-243.
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Widows, M. R., & Ehlers, S. L. (2005). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5(10), 2425-2432.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, M., & Real T. Tendencias recientes en el panorama epidemiológico de México ¿por qué es importante el tratamiento? En: Echeverría L, Carrascosa C, Reidl L (Comp.), *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: UNAM; 2007.
- Romeo, J., Díaz, L., González-Gross, M., & Marcos, J. W. (2006). Contribución a la ingesta de macro y micronutrientes que ejerce un consumo moderado de cerveza. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 84-91.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519-530.
- Rosenberg, H., & Andersson, B. (2000). Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Pan American Journal of Public Health*, 8, 118-125.

- Ruini, C., & Fava, G. (2004). Clinical applications of well-being therapy. En: P. A. Linley y S. Joshep. *Positive Psychology in Practice* (pp. 371-387). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Russell A. (2003). Emotion work, feeling rules, and social structure. *The American journal of sociology*, 85(3), 551-575.
- Rowe, G., Hirsh, J., & Anderson (2007). Positive affect increases the breadth of attentional selection. *Proceedings of the United States of America*, 104(1), 383-388.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-70.
- Ryff, C. (1989). 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., Singer, B. y Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical transactions-Royal Society of London. Biological Sciences*. 359, 1383–1394.
- Ryff, C., & Singer, B. (2007). Ironías de la condición humana: bienestar y salud en el camino a la mortalidad. En: L. Apinwall. y U. Staudinger (Eds.), *Psicología del potencial humano* (pp. 367-388). Barcelona, Gedisa.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394.
- Sagan, F. (2001). La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental*, 24(4), 20-35.

- Sagone, E., & Caroli, M. E. D. (2014). Locus of Control and Academic Self-efficacy in University Students: The Effects of Self-concepts. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 114*, 222-228.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud Internacional, 3*(1), 141-157.
- Schooler, J., Ariely, D., & Loewenstein, G. (2003). The pursuit and monitoring of happiness can be self-defeating. En: J. Carrillo and I. Brocas (Eds), *Psychology and Economics* (pp. 41-70) Oxford, UK: Oxford University Press.
- Secretaria general de sanidad (2007). Informe sobre alcohol. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Ministerio de sanidad y consumo, Madrid. 118-122.*
- Seligman, M. E. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. (2002). *Autentic Happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potencial for lasting fulfilment*, Nueva York, Free Press, (trad. Cast.) La auténtica felicidad (2003). Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied Psychology, 57*(s1), 3-18.
- Seligman, M. E., & Csikzentmihayi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist, 55* (1), 5-14.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. M & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress, Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421.

- Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 1379-1382.
- Seligman, M. E., & Peterson, C. (2007). Psicología clínica positiva. En: L. Aspinwall y U. Staudinger (Eds.), *Psicología del potencial humano* (pp. 409-425). Barcelona: Gedisa.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272-277.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70(1), 5-31.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2004). Achieving sustainable new happiness: prospects, practices, and prescriptions. En: P. Linley y S. Joshep. *Positive Psychology in Practice*. (pp.127-145). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 55-86.
- Sheldon, K. M., & Lyubormisky, S. (2007) Is it possible to become happier?. *Social and Personality Psychology Compas*, 1(1), 129-145.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1217-1270.

- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams III, V. H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology, 9*(4), 249-269.
- Solís, L., Cordero, M., Cordero, R., & Martínez, M. (2007). Caracterización del nivel de dependencia al alcohol entre habitantes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 30*(6), 62-68.
- Staudinger, U. (2000) Social cognition and a psychological approach to an art to life. En: F. Blanchard-Fields y T. Hess (Eds.), *Social cognition, adult development and aging* (pp. 343-375) New York, Academic press.
- Staudinger, U. M., & Aspinwall, L. G. (2007). *Psicología del potencial humano: cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva*. Barcelona: Gedisa.
- Stets, J., & Turner, J. (2008). The sociology of emotion. En: Michael Lewis, Jeannette M. Haviland-Jones y Lisa Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Suldo, S., & Huebner, E. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence?. *School Psychology Quarterly, 19*(2), 93-105.
- Sy, T., & Côté, S. (2005). The Contagious Leader: Impact of the Leader's Mood on the Mood of Group Members, Group Affective Tone, and Group Processes. *Journal of Applied Psychology, 90* (2) 295–305.
- Taylor, S. (2003). *Health psychology* (5a. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S., & Brown, J. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin, 116*(1), 21-27.

- Taylor, S. E., & Sherman, D. K. (2004). Positive psychology and health psychology: a fruitful liaison. En: P. Linley y S. Joshep. (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 305-319). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: emotional adaptation and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, *11*, 375-424.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R. A.,... Wig, N. N. WPA. World Psychiatric Association (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot project of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 475-482.
- Torres, Y. (2000). Alcohol: prevalencia de consumo y dependencia en Colombia. *CES Medicina*, *14* (1), 60-72.
- Tracy, J., & Robins, R. (2004). Show your pride: Evidence for a discrete emotion expression. *Psychological Science*, *15*, 194-197.
- Tracy, J., & Robins, R. (2007). The Psychological Structure of Pride: A Tale of Two Facets. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(3), 506-525.
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(3), 647.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*(2), 320.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, *8*(3), 311-333.

- Tugade, M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality, 72*, 1161–1190.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(6), 1058-1069.
- Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(3), 382-394.
- Urquieta, J. E, Hernández-Avila, M., & Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México 48*(3), S30-S40.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo, 27*(1), 1-2.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En; L. Salvador-Carulla, A. Cano y J.R. Cabo (Eds.), *Longevidad: Un tratado integral sobre la promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp.752-761), Madrid: Panamericana.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 5*, 15-28.
- Vennhoven, R. (2003). Happiness. Positive Psychology. *The psychologist. 16*(3) ,128-129.

- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Wagner, E.F., Myers, M.G., & Ininch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24(6), 769-779.
- Watkins, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 31(5), 431-451.
- Waugh, C., & Fredrickson, B. L. (2006), 'Nice to know you: positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of new relationships', *Journal of Positive Psychology*, 1(2), 93-106.
- Waugh, C. E., Thompson, R. J., & Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11(5), 1059.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- World Health Organization. (2001). The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope.
- World Health Organization. (2002). The World health report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life: overview.
- Zanjoc R. (1981). A one factor mind about mind and emotion. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P., & Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159-182.

Anexo 1. Instrumentos a adaptar

Los siguientes cuestionarios forman parte de un estudio que se está realizando para conocer las emociones positivas y negativas que experimentan estudiantes universitarios. Las preguntas se refieren a la fuerza y la frecuencia de tus emociones cuando realizas algunas actividades cotidianas en tu vida, así como a la forma en que piensas y actúas en ciertas circunstancias.

Edad	Años _____	Sexo	Mujer _____	Hombre _____
Semestre que cursas	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____	Carrera que estudias		
Estado civil	Religión			

Prueba autoaplicable de positividad

Te voy a pedir que recuerdes la fuerza con que sentiste tus emociones el día de ayer y la cantidad de veces que las has sentido en el último mes, para eso, te haré unas preguntas y te entregaré una tarjeta para que me digas el número que consideras indica la fuerza con que viviste esas emociones en un día y la cantidad de veces que las sentiste en el último mes. Después te preguntaré que entiendes por algunas palabras, con qué otras palabras lo dirías y cómo le explicarías eso a alguien más.

	¿Qué tan _____ te sentiste el día de ayer?					¿Cuántos días te sentiste, tan _____ durante el último mes?			
	Nada	Un poco	De forma moderada	Mucho	Muchísimo	Ningún día	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días
1. ¿Qué tan divertido, fiestero o gracioso (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
2. ¿Qué tan enojado, irritado o molesto (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
3. ¿Qué tan avergonzado, humillado o agraviado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
4. ¿Qué tan asombrado, impresionado o sorprendido (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
5. ¿Qué tan ofensivo, despreciativo o grosero (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
6. ¿Qué tan fastidiado, disgustado o harto (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
7. ¿Qué tan apenado, cohibido o tímido (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
8. ¿Qué tan agradecido, atento (a) o amable te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
9. ¿Qué tan culpable, arrepentido (a) o responsable te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
10. ¿Qué tan rencoroso, desconfiado o dudoso (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
11. ¿Qué tan esperanzado, optimista o alentado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
12. ¿Qué tan inspirado, enaltecido o sublime (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
13. ¿Qué tan interesado, atento (a) o con curiosidad te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
14. ¿Qué tan alegre, contento (a) o feliz te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
15. ¿Qué tan amoroso apegado o compenetrado (a), te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
16. ¿Qué tan orgulloso, satisfecho contigo o seguro de ti mismo (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
17. ¿Qué tan triste, desanimado (a) o infeliz te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
18. ¿Qué tan asustado, miedoso o atemorizado (a) que te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
19. ¿Qué tan sereno, tranquilo (a) o en paz que te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
20. ¿Qué tan estresado, nervioso o tenso (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3

Anexo 1. Instrumentos a adaptar (continuación)

Cuestionario de Componentes Sociales y Psicológicos

Ahora, te voy a mencionar algunas oraciones que se refieren a la manera en que las personas piensan, sienten y actúan en la vida. Te entregaré una tarjeta y me dirás el número que consideras indica la respuesta apropiada para ti. Después te preguntaré que entiendes por algunas palabras, con qué otras palabras lo dirías y cómo le explicarías eso a alguien más.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me libero rápidamente de situaciones difíciles ^r	0	1	2	3	4
2. Siempre espero que me pasen más cosas buenas que malas ^o	0	1	2	3	4
3. En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor ^o	0	1	2	3	4
4. Me gusta hacer frente a situaciones nuevas e inusuales ^r	0	1	2	3	4
5. Conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida ^{asp}	0	1	2	3	4
6. Me gusta probar nuevos alimentos que nunca he probado ^r	0	1	2	3	4
7. Cuando las cosas me van mal, terminarán mal ^o	0	1	2	3	4
8. Me gusta pensar cuidadosamente antes de actuar ^r	0	1	2	3	4
9. No tengo muchas amistades cercanas y de confianza para contarles mis cosas ^{ra}	0	1	2	3	4
10. Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes ^r	0	1	2	3	4
11. Tengo pocos amigos con quienes compartir experiencias en la vida ^{asp}	0	1	2	3	4
12. Me describo a mi mismo (a) como una persona “con mucho carácter” ^r	0	1	2	3	4
13. Sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades ^{ra}	0	1	2	3	4
14. Me gusta darle la cara a los problemas ^r	0	1	2	3	4
15. Pocas veces espero que me pase algo bueno ^o	0	1	2	3	4
16. Me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solos ^r	0	1	2	3	4
17. Tengo amistades con quienes comparto los buenos momentos de mi vida ^{ra}	0	1	2	3	4
18. Siempre veo el futuro con optimismo ^o	0	1	2	3	4
19. Ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar ^{asp}	0	1	2	3	4
20. Siempre espero que las cosas salgan bien ^o	0	1	2	3	4

Nota. Los símbolos al final de la oración representan el componente al que pertenecen: o=Optimismo, ra=Relaciones apoyo, asp=Apoyo social percibido, r=Resiliencia

Anexo 2. Texto para lograr el consentimiento informado de participantes

Por favor, lee con cuidado esta carta y si estás de acuerdo, te pido que escribas tu nombre, tu firma y la fecha.

La presente entrevista es conducida por la Psic. Laura Cortina de la Universidad Nacional Autónoma de México. La meta de este estudio es conocer las emociones que experimentan estudiantes universitarios en su vida cotidiana.

Si estás de acuerdo en participar en este estudio, se te pedirá responder preguntas en una entrevista, esto tomará aproximadamente 1 hora 40 minutos de tu tiempo.

Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el entrevistador pueda transcribir después las ideas que hayas expresado. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tienes duda sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él. Igualmente puedes retirarte del proyecto en cualquier momento sin que eso te perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista te parecen incómodas, tienes derecho a hacérselo saber al entrevistador o de no responderlas.

DESDE AHORA AGRADECEMOS TU PARTICIPACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Psic. Laura Cortina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer las emociones que experimentan universitarios en su vida cotidiana.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista la cual tomará aproximadamente 1 hora 40 minutos.

Reconozco que la información que proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto tenga ningún perjuicio para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Psicóloga Laura G. Cortina Guzmán a los teléfonos: _____ o al correo electrónico _____

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Psicóloga Laura Graciela Cortina Guzmán a los teléfonos y correo electrónico antes mencionados.

Nombre del participante
(en letras de imprenta)

Firma del participante

Fecha

Anexo 3. Laboratorios cognitivos de los instrumentos

Prueba autoaplicable de positividad

AP1. Divertido (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	1
	Un poco	3
	De forma moderada	3
	Mucho	1
	Muchísimo	2
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	5
	Casi todos los días	4
	Todos los días	1

DISCUSIÓN:

No se detectaron dificultades. Refiere un momento en el que se está en plenitud y no importa dónde y con quién se está. Se utilizaron los términos *alegre* y *contento* para expresar la misma idea.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

AP2. Enojado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	3
	Un poco	1
	De forma moderada	3
	Mucho	3
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	8
	Casi todos los días	2
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

El reactivo y el concepto se entienden sin problemas. La mayoría considera que es desagradable y surge de una situación debida a circunstancias. Términos para expresar el concepto: *Molesto, malhumor*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP3. Avergonzado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	10
	Un poco	0
	De forma moderada	0
	Mucho	0
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	1
	Algunos días	9
	Casi todos los días	0
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No se detectaron dificultades, Se atribuye una situación de responsabilidad personal. Sin embargo, se considera sinónimo de apenado (se prueba con reactivo 7). Los términos para expresar la misma idea son: *Apenado, temor*

RECOMENDACIÓN: No modificar reactivo.

AP4. Asombrado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	4
	Un poco	3
	De forma moderada	2
	Mucho	1
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	1
	Algunos días	8
	Casi todos los días	1
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

Esta palabra se entiende fácilmente; emoción positiva relacionada a la intensidad del evento imprevisto, que puede ir desde solo llamar la atención hasta impresionar. Los términos para expresar la misma idea son: *Impresionado y sorprendido*

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP5. Ofensivo (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	4
	Un poco	3
	De forma moderada	2
	Mucho	0
	Muchísimo	1
Frecuencia	Ningún día	2
	Algunos días	7
	Casi todos los días	1
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No se detectaron dificultades en la comprensión del concepto. Los siguientes términos fueron utilizados para expresar la misma idea: *Grosero, agresivo*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP6. Fastidiado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	1
	Un poco	3
	De forma moderada	0
	Mucho	4
	Muchísimo	2
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	8
	Casi todos los días	2
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No se detectaron dificultades en la comprensión del concepto. La mayoría de los sujetos utilizó el siguiente término para expresar la misma idea: *Harto (a)*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP7. Apenado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	6
	Un poco	3
	De forma moderada	1
	Mucho	0
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	2
	Algunos días	7
	Casi todos los días	1
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

El reactivo se entiende fácilmente, sin embargo, es empleado como sinónimo de vergüenza pero se atribuye a la acción de otras personas. Una nueva redacción facilitaría establecer esa diferencia. Algunas sugerencias a considerar para la nueva redacción son: *Tímido, temeroso*,

RECOMENDACIÓN: Modificar el reactivo. “¿Qué tan apenado (tímido (a)) te sentiste?”.

AP8. Agradecido (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	2
	Un poco	1
	De forma moderada	4
	Mucho	3
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	1
	Algunos días	4
	Casi todos los días	4
	Todos los días	1

DISCUSIÓN:

Es un reactivo en el que no se presentaron problemas de comprensión, Algunas palabras que los sujetos utilizaron para expresar la misma idea: *Afortunado, ayuda*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

AP9. Culpable

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	5
	Un poco	4
	De forma moderada	0
	Mucho	1
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	1
	Algunos días	8
	Casi todos los días	1
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

En general, el reactivo se entiende, sin problemas en la comprensión del término. Los siguientes términos fueron mencionados para expresar la misma idea: *Malo, remordimiento*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP10. Rencoroso (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	5
	Un poco	3
	De forma moderada	2
	Mucho	0
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	3
	Algunos días	5
	Casi todos los días	2
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

Este es un reactivo en el que no hubo problemas de comprensión. Los siguientes términos fueron expresados para referir la misma idea: *Odio, egoísmo*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

AP11. Esperanzado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	3
	Un poco	3
	De forma moderada	3
	Mucho	1
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	5
	Casi todos los días	5
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

Este reactivo se entiende con facilidad, no se presentó dificultad en la comprensión del término. Los siguientes términos fueron expresados para referir la misma idea: *Fe, ilusión*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

AP12. Inspirado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	3
	Un poco	3
	De forma moderada	3
	Mucho	1
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	4
	Casi todos los días	5
	Todos los días	1

DISCUSIÓN:

La pregunta se entiende fácilmente y el concepto no presentó problemas de comprensión. La misma idea se expresó con los siguientes términos: *Concentrado, motivado*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP13. Interesado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	1
	Un poco	1
	De forma moderada	6
	Mucho	2
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	3
	Casi todos los días	6
	Todos los días	1

DISCUSIÓN:

El término que no presentó dificultad de comprensión. La idea puede expresarse también con los siguientes términos:
Atento, interesado.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP14. Alegre

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	0
	Un poco	4
	De forma moderada	3
	Mucho	1
	Muchísimo	2
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	4
	Casi todos los días	6
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No hay problemas de comprensión. El significado que los sujetos vierten es muy cercano al reactivo original. Algunos términos para expresar la misma idea son: *Contento, feliz.*

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

AP15. Amoroso (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	2
	Un poco	6
	De forma moderada	1
	Mucho	1
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	3
	Casi todos los días	7
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

Este es otro reactivo en el que no se presentaron problemas de comprensión. En opinión de algunos entrevistados la misma idea se puede expresar con el término: *Cariñoso*

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

AP16. Orgulloso (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	1
	Un poco	3
	De forma moderada	3
	Mucho	3
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	4
	Casi todos los días	6
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No se presentaron dificultades en la comprensión del reactivo y el concepto. El término para expresar la misma idea fue: *satisfacción*

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP17. Triste

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	4
	Un poco	2
	De forma moderada	1
	Mucho	2
	Muchísimo	1
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	9
	Casi todos los días	1
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No se presentaron dificultades para entender el reactivo y el concepto. Los términos que emplearon los sujetos para expresar la misma idea son: *Deprimido, desolado*

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo.

AP18. Asustado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	8
	Un poco	1
	De forma moderada	1
	Mucho	0
	Muchísimo	0
Frecuencia	Ningún día	4
	Algunos días	5
	Casi todos los días	1
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

Esta pregunta presenta mínimas dificultades de comprensión. Los sujetos refieren la palabra susto como sinónimo de miedo y temor. Los términos que se sugieren para expresar la misma idea son: *Inseguro, temeroso*.

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo: "*¿Qué tan asustado/inseguro (a) te sentiste?*"

AP19. Sereno (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	3
	Un poco	2
	De forma moderada	4
	Mucho	0
	Muchísimo	1
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	5
	Casi todos los días	5
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

No se presentaron dificultades para comprender el reactivo y el concepto. Una palabra que se expresó para referir la misma palabra: *Tranquilo*

RECOMENDACIÓN: No modificar reactivo

AP20. Estresado (a)

	Respuesta	Frecuencia
Intensidad	Nada	1
	Un poco	2
	De forma moderada	3
	Mucho	3
	Muchísimo	1
Frecuencia	Ningún día	0
	Algunos días	4
	Casi todos los días	6
	Todos los días	0

DISCUSIÓN:

Este reactivo no presentó ninguna dificultad. Fue descrito como una situación que se vive cotidianamente.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

Anexo 3. Laboratorios cognitivos de los instrumentos (continuación)

Cuestionario de componentes sociales y psicológicos

CSP1. Me libero rápidamente de situaciones difíciles

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	5
De acuerdo	3
Totalmente de acuerdo	0

DISCUSIÓN:

El reactivo se entiende fácilmente y el concepto es comprendido La expresión dada por los entrevistados para referir la misma palabra es: *salir*.

RECOMENDACIÓN: Modificar el reactivo: “*Salgo rápidamente de situaciones difíciles*”.

CSP2. Siempre espero que me pasen más cosas buenas que malas

Respuesta	Frecuencia (o)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	1
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	0
De acuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

DISCUSIÓN:

No hubo dificultades en la comprensión de los conceptos *me pasen más cosas buenas*. Los términos que más expresados para referir la misma idea son: *Sucedan, cosas positivas*.

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo: “*Siempre espero que me sucedan más cosas positivas*”.

CSP3. En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor

Respuesta	Frecuencia (o)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	1
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	0
De acuerdo	7
Totalmente en desacuerdo	2

DISCUSIÓN:

Este reactivo presentó dificultades al ser leído inmediatamente después del anterior, creando confusión entre esperar cosas buenas y esperar lo mejor. Algunas expresiones para mencionar la misma idea son: *Espero cosas buenas, optimista*

RECOMENDACIÓN: Cambiar posición (8), no es necesario modificar la redacción.

CSP4. Me gusta hacer frente a situaciones nuevas o inusuales

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	1
De acuerdo	6
Totalmente en desacuerdo	3

DISCUSIÓN:

Se presentaron dificultades en la comprensión del reactivo, la mayoría considera que hacer frente se refiere a confrontar una situación problemática y el reactivo hace referencia vivir experiencias nuevas. Algunas palabras que expresan la misma idea son: *Dar la cara, enfrentarla, Experimentar*.

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo “*Me gusta experimentar situaciones nuevas e inusuales*”. Cambiar posición (14)

CSP5. Conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida

Respuesta	Frecuencia (asp)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	4
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	0
De acuerdo	3
Totalmente de acuerdo	3

DISCUSIÓN:

No hubo dificultades comprender el concepto y el reactivo se entiende con facilidad. Algunos sujetos mencionaron las siguientes palabras para expresar la misma idea: *Confiar, amistad*.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo. Cambiar posición (3)

CSP6. Me gusta probar nuevos alimentos que nunca he probado.

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
De acuerdo	2
Totalmente de acuerdo	6

DISCUSIÓN:

Este reactivo sólo presentó dificultad en la posición.

RECOMENDACIÓN: cambiar posición (4).

CSP7. Cuando las cosas me van mal, terminarán mal.

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	4
En desacuerdo	4
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	1
De acuerdo	1
Totalmente en desacuerdo	0

DISCUSIÓN:

Mínimas dificultades para comprensión de “me van mal”. Los sujetos expresaron de manera impersonal y general una situación desfavorable, el mayor consenso lo tuvo la palabra *están*.

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo: “*Cuando las cosas están mal, terminarán mal*”, cambiar posición (5).

CSP8. Me gusta pensar cuidadosamente antes de actuar

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
De acuerdo	8
Totalmente en desacuerdo	0

DISCUSIÓN:

No se detectaron dificultades para la comprensión del reactivo y conceptos. Algunos sujetos recomendaron los siguientes términos para expresar la misma idea: *Analizar, reflexivo*.

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo: “*Me gusta analizar antes de actuar*”, cambiar posición (6).

CSP9. No tengo muchas amistades cercanas y de confianza para contarles mis cosas

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	4
En desacuerdo	3
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
De acuerdo	1
Totalmente de acuerdo	0

DISCUSIÓN:

Este reactivo presentó mayores dificultades para entenderse, la mayoría expresa la palabra confianza para referirse a las personas omitiendo la cercanía y contradiciendo el sentido negativo. Se sugiere concretarlo en sentido positivo y a las palabras “amigos de confianza”.

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo y posición, “*Tengo amigos de confianza para contarles mis problemas*”. Posición (7)

CSP10. Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	0
De acuerdo	7
Totalmente de acuerdo	2

DISCUSIÓN:

No se presentaron dificultades para comprender los términos y el reactivo se entiende fácilmente. Sin embargo, la posición causa confusión con los reactivos antecedentes.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo y posición (9).

CSP11. Tengo pocos amigos con quienes compartir experiencias

Respuesta	Frecuencia (asp)
Totalmente en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
De acuerdo	3
Totalmente de acuerdo	0

DISCUSIÓN:

Se detectaron mínimas dificultades de comprensión, sin embargo, se presentó asociación con el reactivo 9. Una de las palabras que se mencionaron para expresar la misma idea: *compartir momentos*

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo y ubicar en otra posición (15) “*Conozco pocas personas con quienes compartir experiencias*”

CSP12 Me describo a mi mismo (a) como una persona con mucho carácter

Respuesta	Frecuencia (asp)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	4
De acuerdo	6
Totalmente en desacuerdo	0

DISCUSIÓN:

Se detectó dificultad en la comprensión de los términos mucho carácter. Las opiniones involucran términos como fuerte carácter y temperamento, ambos relacionados pero no representan el sentido del reactivo. Las frases para referir la misma idea: “*Con la fuerza interna para hacer eso*”, “*que sabes afrontar las cosas*,”

RECOMENDACIÓN: Modificar reactivo y posición (10) “*Me describo como una persona con mucha fortaleza*”

CSP13. Sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades

Respuesta	Frecuencia (ra)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	1
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
De acuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	3

DISCUSIÓN:

No hubo dificultad para entender el reactivo y los términos. Algunos sujetos expresaron la misma idea con las siguientes palabras: *Triste, mal*.

RECOMENDACIÓN: No modificar reactivo pero si cambiar de posición (11)

CSP14. Me gusta darle la cara a los problemas

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	1
De acuerdo	5
Totalmente de acuerdo	4

DISCUSIÓN:

No hubo dificultades en la comprensión del reactivo y los términos probados. Sin embargo la mayoría empleó el término *afrontar*. Palabras que los sujetos dieron para expresar la misma idea: *Afrontar, enfrenar*.

RECOMENDACIÓN: Modificar el reactivo: “*Me gusta afrontar los problemas*” y posición (12).

CSP15. Pocas veces espero que me pase algo bueno

Respuesta	Frecuencia (0)
Totalmente en desacuerdo	2
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	1
De acuerdo	2
Totalmente de acuerdo	3

DISCUSIÓN:

No se detectaron problemas para definir los términos y el reactivo se entiende para todos. La misma idea se expresó: *Algo agradable, que te guste*, sin embargo la posición causa confusión con el reactivo subsecuente.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo, pero si la posición (13)

CSP16. Me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solos

Respuesta	Frecuencia (r)
Totalmente en desacuerdo	3
En desacuerdo	5
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
De acuerdo	0
Totalmente de acuerdo	0

DISCUSIÓN:

No se presentaron mayores dificultades para entender el reactivo y los términos se comprenden. La mayoría entiende la dirección del reactivo hacia su persona, sólo un entrevistado lo dirigió a otra persona.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

CSP17. Tengo amistades con quienes comparto los buenos momentos de mi vida

Respuesta	Frecuencia (ra)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	4
De acuerdo	6
Totalmente en desacuerdo	0

DISCUSIÓN:

Pocas dificultades para entender el reactivo y comprensión de los términos. Los términos para expresar la misma idea fueron: *Agradables, felices*. La posición causa confusión con reactivo antecedente y precedente.

RECOMENDACIÓN: Modificar el reactivo y posición (20) "*Tengo amistades con quienes comparto los momentos agradables de mi vida*".

CSP18. Siempre veo el futuro con optimismo

Respuesta	Frecuencia (ra)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	5
De acuerdo	3
Totalmente en desacuerdo	2

DISCUSIÓN:

Este reactivo presentó dificultad en la posición.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo, pero sí posición (17)

CSP19. Ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar

Respuesta	Frecuencia (ra)
Totalmente en desacuerdo	5
En desacuerdo	4
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	1
De acuerdo	0
Totalmente de acuerdo	0

DISCUSIÓN:

Este reactivo presentó dificultad en la posición.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo, pero sí posición (18)

CSP20. Siempre espero que las cosas salgan bien

Respuesta	Frecuencia (ra)
Totalmente en desacuerdo	0
En desacuerdo	0
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	4
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	2

DISCUSIÓN:

No se presentaron dificultades en la comprensión de los términos y se entiende el reactivo.

RECOMENDACIÓN: No modificar el reactivo

Anexo 4. Versiones modificadas de los instrumentos

Prueba de positividad

Marca con una X sólo una respuesta para indicar la fuerza con que sentiste las siguientes emociones el día de ayer y después la cantidad de días que las sentiste en el último mes.

	¿Qué tan ____ te sentiste el día de ayer?					¿Cuántos días así durante el último mes?			
	Nada	Un poco	De forma moderada	Mucho	Muchísimo	Ningún día	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días
¿Qué tan divertido (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan enojado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan avergonzado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan asombrado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan ofensivo (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan fastidiado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan apenado (tímido (a)) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan agradecido (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan culpable te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan rencoroso (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan esperanzado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan inspirado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan interesado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan alegre te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan amoroso (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan orgulloso (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan triste te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan asustado (inseguro (a)) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan sereno (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3
¿Qué tan estresado (a) te sentiste?	0	1	2	3	4	0	1	2	3

Anexo 4. Versiones modificadas de los instrumentos (continuación)

Cuestionario de componentes sociales y psicológicos

Para cada oración elige sólo una respuesta y marcar con una X el número que consideras apropiado para ti.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Nide acuerdo, nidesacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Salgo rápidamente de situaciones difíciles	0	1	2	3	4
Siempre espero que me sucedan más cosas positivas	0	1	2	3	4
Conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida	0	1	2	3	4
Me gusta probar nuevos alimentos que nunca he probado	0	1	2	3	4
Cuando las cosas están mal, terminarán mal	0	1	2	3	4
Me gusta analizar antes de actuar	0	1	2	3	4
Tengo amigos de confianza para contarles mis problemas	0	1	2	3	4
En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor	0	1	2	3	4
Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes	0	1	2	3	4
Me describo como una persona con mucha fortaleza	0	1	2	3	4
Sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades	0	1	2	3	4
Me gusta afrontar los problemas	0	1	2	3	4
Pocas veces espero que me pase algo bueno	0	1	2	3	4
Me gusta experimentar situaciones nuevas e inusuales	0	1	2	3	4
Conozco pocas personas con quienes compartir experiencias en la vida	0	1	2	3	4
Me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solos	0	1	2	3	4
Siempre veo el futuro con optimismo	0	1	2	3	4
Ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar	0	1	2	3	4
Siempre espero que las cosas salgan bien	0	1	2	3	4
Tengo amistades con quienes comparto los momentos agradables de mi vida	0	1	2	3	4

Anexo 5. Versión final de los instrumentos.

BIENESTAR EMOCIONAL EN UNIVERSITARIOS

Las siguientes preguntas forman parte de un estudio que se está realizando para conocer las emociones positivas y negativas que experimentan universitarios.

Se te pedirá responder algunas preguntas acerca de la fuerza y la frecuencia de tus emociones en algunas actividades cotidianas en tu vida, así como la forma en que piensas y actúas ante algunas circunstancias.

Tus respuestas son confidenciales, sólo serán empleadas con fines de investigación y al finalizar, sólo se conservará tu correo electrónico para indicarte donde será el curso-taller BIENESTAR EMOCIONAL, posteriormente será destruido. Responder te tomará aproximadamente 15 minutos y es muy importante que contestes todas las preguntas con sinceridad y cuidado.

Si tienes dudas, en cualquier momento durante tu participación puedes hacer preguntas al correo electrónico ctbemocional@hotmail.com
¡Con gusto las responderemos!

¡GRACIAS POR PARTICIPAR CON NOSOTROS!

Por favor responde los siguientes datos

Edad	Sexo	Carrera que estudias	Semestre que cursas	Estado civil	Religión
<input type="text"/>					

Si tu edad, religión u otro dato no está considerado, escríbelo por favor

Dirección de correo electrónico:

BIENESTAR EMOCIONAL EN UNIVERSITARIOS

Elige una respuesta para indicar la fuerza con que sentiste las siguientes emociones el día de ayer y una respuesta para indicar la cantidad de días que las sentiste en el último mes.

	¿Qué tan ___ te sentiste el día de ayer?	¿Cuántos días te sentiste así durante el último mes?
¿Qué tan divertido (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan enojado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan avergonzado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan asombrado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan ofensivo (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan fastidiado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan apenado (timido (a)) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan agradecido (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan culpable te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan rencoroso (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan espantado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan inspirado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan interesado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan alegre te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan amoroso (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan orgulloso (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan triste te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan asustado (inseguro (a)) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan sereno (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tan estresado (a) te sentiste?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora, te vamos a presentar algunas oraciones que se refieren a como las personas piensan, sienten y actúan en la vida.

BIENESTAR EMOCIONAL EN UNIVERSITARIOS

Por favor, para cada oración selecciona la respuesta que consideres apropiada para ti.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Salgo rápidamente de situaciones difíciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre espero que me sucedan más cosas positivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conozco muchas personas con las que puedo contar en la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta probar nuevos alimentos que nunca he probado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta analizar antes de actuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo amigos de confianza para contarles mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me describo como una persona con mucha fortaleza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé que cuando me siento mal tengo el apoyo de mis amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta afrontar los problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pocas veces espero que me pase algo bueno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta experimentar situaciones nuevas e inusuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta esperar a que los problemas se resuelvan solos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre veo el futuro con optimismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ninguna persona está dispuesta a escucharme cuando necesito hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre espero que las cosas salgan bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo amistades con quienes comparto los momentos agradables de mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada una de las siguientes oraciones se refieren a como las personas enfrentan la vida.

BIENESTAR EMOCIONAL EN UNIVERSITARIOS

Ahora te vamos a pedir que elijas para cada pregunta la respuesta que consideres apropiada para tí.

	No, de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos mas de lo acostumbrado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sofé o imaginé que las cosas eran mejores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve fantasías o imaginé al modo que podían cambiar las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me inspiré a hacer algo creativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambié y maduré como persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve fe en algo nuevo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me consolé pensando que las cosas podían ser peores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espere a que ocurriera un milagro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traté de olvidarme por completo del problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espere a ver qué pasaba antes de hacer algo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me negué a creer lo que estaba pasando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me criticé o cuestioné a mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me disculpé o hice algo para compensar el problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me di cuenta que yo mismo (a) causé el problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A continuación te vamos a presentar un cuestionario con preguntas sobre el uso del alcohol y algunos aspectos relacionados.

Por favor para cada pregunta elije sólo la respuesta que mejor consideres para tí.

	Nunca	Una vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
¿Qué tan frecuentemente tomas bebidas alcohólicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas copas te tomas en un día típico o común de los que bebes? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, coctales o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol)	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 8	7 a 9	10 ó más

BIENESTAR EMOCIONAL EN UNIVERSITARIOS

¿Qué tan frecuentemente tomas 5 o más copas en la misma ocasión? (En un mismo día, evento o reunión)

Durante el último año, ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?

Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías haber hecho por beber? (COMO NO IR A LA ESCUELA O A TRABAJAR)

Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente bobiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?

Durante el último año, ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?

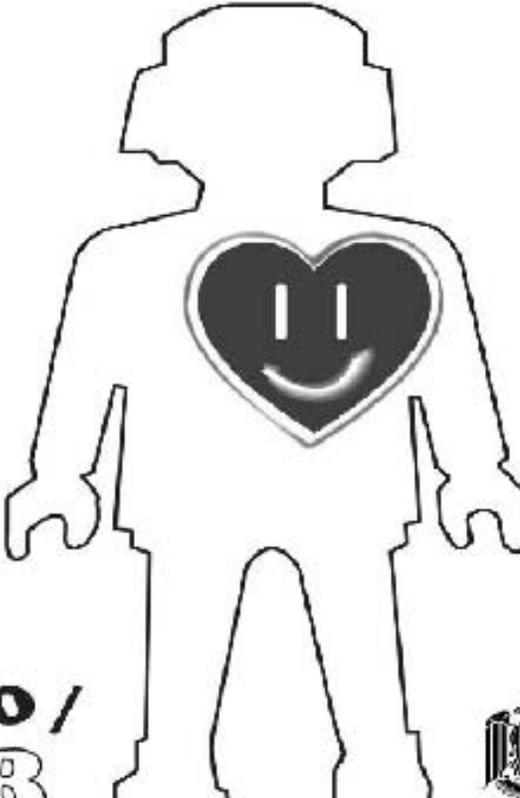
¿Te has lesionado o alguien a resultado lesionado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?

¿Algún amigo, familiar o Doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que lo bajes al consumo

Anexo 6. Material empleado para reunir muestra

Posters

¡HAZLO POR TI!



**CURSO /
TALLER**

BIENESTAR EMOCIONAL

Para alumnos de la ENT5



Diseño: Alan Calk

Las emociones juegan un papel importante en nuestras vidas, a través de ellas establecemos contacto con los demás, nos adaptamos a las circunstancias y buscamos un estado de bienestar.

El curso taller: **BIENESTAR EMOCIONAL** te permitirá explorar tus emociones y aprender estrategias basadas en evidencia científica para optimizar el bienestar.

GRATIS ¡sin costo para alumnos de la ENT5-UNAM!

MAYOR INFORMACIÓN: En el stand de bienestar emocional que se instaló en la ENT5.
Los días: Miércoles 31 de agosto, Jueves 1 y viernes 2 de septiembre.
Horario: 10:00 a 14:00 horas.

En tu pre-inscripción recibirás un obsequio.
Presenta tu credencial actualizada de estudiante de la ENT5.

Correo electrónico: cbienemocional@hp@mail.com / lcarrinoguzman@yahoo.com.mx

Anexo 6. Material empleado para reunir muestra (continuación)

Instructivo para responder en línea

Las emociones, juegan un papel importante en nuestras vidas, a través de ellas, establecemos contacto con los demás, nos adaptamos a las circunstancias y posibilitamos un estado de bienestar.

El curso taller **BIENESTAR EMOCIONAL** te permitirá explorar tus emociones y aprender estrategias basadas en evidencia científica para optimizar el bienestar.

Contacto:
lcortinaguzman@yahoo.com.mx
ctbemocional@hotmail.com

¡HAZLO POR TI!



**CURSO /
TALLER**

BIENESTAR EMOCIONAL

INSTRUCTIVO PARA RESPONDER
ENCUESTA EN LÍNEA Y PARA
INSCRIPCIÓN AL CURSO TALLER DE
BIENESTAR EMOCIONAL

Septiembre 2011

Ficha de preregistro

Nombre del participante:	Recibo N° 101
Descripción: Consentimiento para participar	Escuela, grupo y semestre:
Acepto participar en el curso taller de BIENESTAR EMOCIONAL	Fecha:
-Se me expusieron los objetivos del estudio de investigación.	Ya me registré
-Se me explicó que debo responder una encuesta en línea por 16 días.	Acepto recibir información vía e-mail y contestar la encuesta por 16 días para asistir al curso-taller de Bienestar Emocional.
-Realicé un pre-registro al curso.	
Correo electrónico:	
Nombre del orientador:	Firma de aceptación a participar

Anexo 7. Ejemplo de las invitaciones enviadas para reunir respuestas

<https://www.surveymonkey.com/s/BienestarEmocional>

Nombre del recopilador (método)	Estado
17 invitaciones a responder por correo electrónico (Invitación por correo electrónico)	● ABIERTO
SALUDEMOCIONAL (Enlace web: /BienestarEmocional)	● ABIERTO
Recordatorio para responder (Invitación por correo electrónico)	● ABIERTO

<https://www.surveymonkey.com/s/BEMOCIONALDOS>

Nombre del recopilador (método)	Estado
Recordatorio para responder (Invitación por correo electrónico)	● ABIERTO
BEMOCIONALDOS (Enlace web: /BEMOCIONALDOS)	● ABIERTO
INVITACIÓN DIARIA A RESPONDER (Invitación por correo electrónico)	● ABIERTO

<https://www.surveymonkey.com/s/BEMOCIONAL3>

Nombre del recopilador (método)	Estado
RECORDATORIO A LA ULTIMA BE3 (Invitación por correo electrónico)	● ABIERTO
INVITACIÓN A LA ÚLTIMA ENCUESTA BE3 (Invitación por correo electrónico)	● ABIERTO
BEMOCIONALTRES (Enlace web: /BEMOCIONAL3)	● ABIERTO