

Prevalencia del *flourishing* en adolescentes argentinos¹

Ignacio Andrés Rizzo², Vanesa C. Góngora³

Universidad de Palermo – Argentina^{1,2}

El objetivo de este estudio es describir los niveles de salud mental desde el modelo del factor dual en una muestra de adolescentes argentinos en tratamiento psicológico y en población escolar. La muestra incluyó 552 jóvenes entre 12 y 18 años. Se utilizaron los cuestionarios SCL-90-R y el MHC-SF. El nivel de *flourishing* fue del 31.6% en la muestra bajo tratamiento psicológico y del 29%, en la muestra escolar. La mayor parte de los jóvenes de ambas poblaciones se ubicaron en la categoría salud mental moderada (tratamiento 57.9% vs escolar 59.5%). Entre ambas poblaciones no se encontraron diferencias significativas en los niveles de salud mental. Los niveles de florecimiento fueron bajos a comparación de otros países.

Palabras clave: salud mental, adolescentes, Argentina, florecimiento, psicología positiva.

Prevalence of Flourishing in Argentine Adolescents

The aim of this study is to describe the levels of mental health from the dual factor model in a sample of Argentine adolescents in psychological treatment and in a sample of students. The samples included 552 young people between 12 and 18 years old. The SCL-90-R and the MHC-SF questionnaires were used. The flourishing levels were 31.6% in the sample under psychological treatment and 29% in the student sample. Most of adolescents in both samples fell into the moderate mental health category (treatment 57.9% vs student 59.5%). Between both samples, no significant differences were found in levels of mental health. The flourishing levels were low compared to other countries.

Keywords: mental health, adolescents, Argentina, flourishing, positive Psychology.

Prevalência de florescimento em adolescentes argentinos

O objetivo deste estudo é descrever os níveis de saúde mental a partir do modelo de duplo fator em uma amostra de adolescentes argentinos em tratamento psicológico e em uma amostra de estudantes. A amostra incluiu 552 jovens entre 12 e 18 anos. Foram utilizados os questionários SCL-90-R e MHC-SF. Os níveis de florescimento foram 31,6% na amostra em tratamento psicológico e 29% na amostra de estudantes. A maioria dos adolescentes em ambos as amostras caiu na categoria de saúde mental moderada (tratamento 57,9% v.s.

¹ Investigación basada en la tesis doctoral del autor Ignacio Andrés Rizzo.

² Doctor en Psicología. Coordinador de la Fundación Desarrollo de la Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Dirección postal: Mario Bravo1424, Buenos Aires, Argentina. Contacto:ignaciorrizzo@speedy.com.ar

³ PhD. en Psicología. Profesora investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Dirección postal: Mario Bravo 1259, Buenos Aires, C1175ABW, Argentina. Contacto: gongoravanesa@gmail.com

estudiante 59,5%). Entre as duas amostras, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de saúde mental. Os níveis de florescimento foram baixos em comparação com outros países.

Palavras-chave: saúde mental, adolescentes, Argentina, florescente, psicologia positiva.

Prévalence de l'épanouissement chez les adolescents argentins

L'objectif de cette étude est de décrire les niveaux de santé mentale à partir du modèle à deux facteurs dans un échantillon d'adolescents argentins en traitement psychologique et dans un échantillon d'étudiants. Les échantillons comprenaient 552 jeunes entre 12 et 18 ans. Les questionnaires SCL-90-R et MHC-SF ont été utilisés. Les niveaux florissants étaient de 31,6% dans l'échantillon sous traitement psychologique et de 29% dans l'échantillon étudiant. La plupart des adolescents des deux échantillons appartenaient à la catégorie de santé mentale modérée (traitement 57,9% vs étudiant 59,5%). Entre les deux échantillons, aucune différence significative n'a été trouvée dans les niveaux de santé mentale. Les niveaux florissants étaient faibles par rapport à d'autres pays.

Mots-clés : santé mentale, adolescents, Argentine, épanouissement, psychologie positive.

El *florecer* [*flourishing* en inglés] el constructo más novedoso en el estudio del bienestar dentro de la psicología positiva (Hone et al., 2014). Dicho constructo se caracteriza como el nivel óptimo de salud mental. Según Hone et al. (2014), se pueden considerar cuatro modelos principales de *florecer*: Keyes (2002), Diener et al. (2010), Seligman (2011) y Huppert y So (2013). Estos modelos coinciden en definir al *florecer* por la presencia de altos niveles de bienestar y salud mental, y por integrar las corrientes hedónicas (bienestar subjetivo) y eudemónicas (bienestar psicológico) en la formulación del bienestar. Todos los modelos acuerdan en asociar al *florecer* con un óptimo desempeño psicosocial de los seres humanos (Diener et al., 2011). En cambio, bajos niveles de esta variable se asocian con riesgos a nivel individual y social (Keyes y Grzywacz, 2005; Hone., et al. 2014).

En el presente estudio se tendrán en cuenta los aportes del marco conceptual del factor dual de Keyes (2002), ya que es el que presenta mayor desarrollo e investigaciones a nivel internacional. Este modelo caracteriza al *florecer* como el nivel de salud mental óptima, esto quiere decir elevados niveles de bienestar emocional, psicológico y social (Keyes, 2014). El primero está conformado por las emociones positivas y la satisfacción con la vida; el bienestar psicológico integra los aportes de la teoría de Ryff (2012) e incluye las dimensiones de autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, aceptación de sí mismo y propósito de vida en tanto que el bienestar social comprende las siguientes dimensiones: la aceptación social, la actualización social, la contribución social, la coherencia social y la integración social.

Si bien el *florecer* es el nivel de salud mental óptima, existen dos categorías más en la conceptualización del autor que son el languidecimiento [*languishing en inglés*] y la salud mental moderada (Keyes, 2002). El *languidecimiento* se caracteriza como la falta de bienestar

subjetivo, psicológico y social. La tercera categoría es la salud moderada, en ella se clasifican los individuos que no están ni en la categoría de *floreecer* ni en la de *languidecer* (Wissing et al., 2019).

El modelo del factor dual está compuesto por dos continuos. El primero de ellos se caracteriza por la presencia de la salud mental —*floreecer*, salud mental moderada y *languidecer*— y el otro factor la existencia o inexistencia de cuadros psicopatológicos según los criterios del DSM (Keyes, 2002). Además, el modelo del factor dual conceptualiza la salud mental óptima o completa —*floreecer*—, como la presencia de *floreecer* sin síntomas psicopatológicos.

Diferentes estudios han evaluado, en población adulta, el nivel predictivo del modelo del factor dual. Keyes et al. (2010) realizaron un estudio, cuya duración fue de una década en una población adulta, hallaron que los niveles de *languidecer*-salud mental moderada y *floreecer* tendían a mantenerse a lo largo del tiempo, sin sufrir grandes variaciones, lo que puede evidenciarse, como una prueba de la estabilidad del modelo del factor dual. En segundo lugar, la presencia de *floreecer* se convertía en una variable protectora de la salud mental dado que aquellas personas con *languidecer* tenían seis veces más posibilidades de contraer un trastorno psicopatológico a lo largo del tiempo respecto a quienes tenían *florecimiento*.

Otro estudio se ocupó de la relación de los niveles de salud mental con la predicción a diez años de las causantes de muerte en una muestra adulta (Keyes y Simoes, 2012), concluyendo que el *floreecer* predijo menores niveles de consumo de cigarrillos, mayor actividad deportiva, mejores valores de masa corporal, mayor cuidado ante el HIV, menores indicadores cancerígenos, menores tasas de ataques cardíacos y menores niveles de accidentes cardiovasculares, en comparación de aquellos que evidenciaban presencia de *languidecer*, en quienes aumentaba de forma significativa las causantes de mortalidad.

En otro reporte, Keyes et al. (2012) evidenciaron en población adolescente que aquellos adolescentes con *floreecer* presentaban menores ideas de muerte, bajos niveles de síntomas psicopatológicos, buen rendimiento escolar, a comparación de las personas que agrupaban en

el grupo de salud mental moderada, en ellos se encontraron mayores tasas de ideación suicida, mayores síntomas psicopatológicos y peor desempeño académico.

Low (2011) reportó una correlación negativa entre el *floreecer* y los síntomas depresivos de estudiantes adolescentes, así como una correlación positiva entre el *languidecer* y los síntomas depresivos. Asimismo, los alumnos que se agrupaban dentro del óptimo nivel de salud mental contaban con un mayor involucramiento en la participación social e interés político, así como mayor empatía con los demás, a comparación de los jóvenes que se encontraban en el grupo de salud mental moderada y *languidecimiento*, presentaban un menor involucramiento en actividades sociales y bajo interés en la política. Por último, no se encontró que las categorías del modelo del factor dual tuvieran asociación significativa con el consumo de sustancias —alcohol y cannabis—.

Singh et al. (2015) también hallaron que la población escolar de 13 a 15 años de la India, cuyo modelo conceptual utilizado fue el del factor dual. Se evidenciaron resultados similares a los de Keyes (2006b) y Low (2011), pues se concluyó que los adolescentes con *floreecimiento* que estuvieron presentes en el estudio, presentaron bajos síntomas psicopatológicos —depresión y ansiedad—, menores niveles de estrés ante las dificultades cotidianas y mayores conductas prosociales.

En otro reporte, Suldo et al. (2016) estudió en población escolar de 14 a 18 años de Estados Unidos que aquellos adolescentes dentro de la categoría de *floreecer* mostraban un ajuste adecuado en el área curricular, como así también en el apoyo social, consolidación de la identidad, auto percepción de la salud física, relaciones amorosas con los otros y bajos síntomas psicopatológicos.

Por su parte Keyes et al. (2012) y Smith et al. (2020) reportaron en la misma franja etaria, jóvenes con *floreecer*, tenían a largo plazo menores tasas de intencionalidad de quitarse la vida, menores síntomas psicopatológicos y mejor funcionamiento escolar, a comparación de los que ubicaban en la clasificación de salud mental moderada, en quienes se identificaron tasas más altas de ideación suicida, mayores síntomas psicopatológicos y peor desempeño académico.

Por su parte, Nabais (2012) se focalizó en la evolución del trastorno de estrés postraumático (TEPT) con sintomatología depresiva en un grupo de jóvenes. A su vez el autor a largo plazo, encontró discrepancias notables entre el grupo que contaba con alta presencia de *floreecer* y los que se encontraban en el grupo de salud mental moderada, ya que los que presentaban *floreecer* presentaban menores síntomas psicopatológicos. Por otra parte, contaban con emociones positivas como optimismo, humor, creatividad y relaciones positivas con otros, a diferencia del otro grupo.

Por otra parte, la prevalencia del *floreecer* en adolescentes es heterogénea a nivel internacional. En Estados Unidos la presencia de la variable fue del 48.8% entre los 12 a 14 años, disminuyendo el porcentaje en un 39.9% en adolescentes de 15 a 18 años (Keyes, 2006). Por su parte, Low (2011) reportó también en Estados Unidos una prevalencia del 69.1% en jóvenes de 12 a 18 años.

En otros países la prevalencia del *floreecer* en adolescentes de 17 a 20 años fue del 22% en Sudáfrica (Van Zyl & Rothmann, 2012); 57.4% en China (Guo et al., 2018); 41.4% en Australia en jóvenes de 13 a 17 años (Skrzypiec et al., 2016); 46.4% en India un grupo de 13 a 18 años (Singh et al., 2015); 46% en Portugal otro grupo de 12 a 14 años y del 42.7% de 15 a 16 años (Matos et al., 2010); 23% en Egipto un grupo de 12 a 18 años de edad (Salama-Younes, 2011) y 76.8% en Canadá en jóvenes de 12 a 18 años (Afifi et al., 2016). No hay hasta el momento estudios sobre la prevalencia del *floreecer* en adolescentes en Latinoamérica.

Además, estudios no han encontrado diferencias significativas en la prevalencia del *floreecer* en adolescentes respecto al género (Batz & Tay, 2018; De la Fuente, et al., 2019; Tesch-Römer et al., 2008). Sin embargo, se halló que los jóvenes de 12 a 14 años evidenciaron mejores indicadores de salud mental óptima que el grupo de 16 a 18 años. En consecuencia, a mayor edad peores parecen ser los niveles de *floreecer* en los adolescentes (Keyes, 2006; Salama-Younes, 2011; Skrzypiec et al., 2016).

Hasta el momento, los estudios sobre el *floreecer* en adolescentes se han centrado en población escolar o en algún grupo con psicopatología

específica, sin embargo, no hay investigaciones que hayan comparado grupos clínicos y no clínicos.

Este artículo se propone medir la prevalencia de los niveles de salud mental y de la salud mental completa en población escolar argentina y en población adolescente en tratamiento psicológico. Como segundo objetivo, se evaluará la prevalencia de la salud mental y la salud mental completa según género y grupo de edad en población escolar. Se espera que la población escolar argentina presente mayores niveles de *floreecer* a comparación de la muestra adolescente que está siendo atendida psicológicamente. Se espera que los adolescentes de mayor edad muestren menores niveles de *floreecer* en comparación con los más jóvenes.

Método

Participantes

La muestra incluyó a dos tipos de poblaciones: la primera fue una muestra escolar compuesta por 443 jóvenes de ambos sexos entre 12 y 18 años, residentes de la región metropolitana de Buenos Aires que asistían a escuelas públicas y privadas de educación media. El 50% pertenecía a escuelas públicas ($n=222$) y el otro 50% a escuelas privadas ($n=221$). La segunda muestra estaba formada por adolescentes que realizaban tratamiento psicológico: 81 jóvenes de ambos sexos entre 12 y 18 años que residían en la región metropolitana de Buenos Aires, cuyos síntomas correspondían a trastornos internalizadores y externalizadores. Se excluyeron aquellos que poseían cuadros de adicciones, esquizofrenia y abuso sexual.

Con respecto a la distribución de la muestra según el sexo, la misma ($n=522$) estuvo compuesta por 218 hombres (41.8%) y 304 mujeres (58.2%). En ambos grupos no había diferencias significativas en las edades ($M=14.74$; $DE=1.52$ vs $M=14.94$; $DE=1.63$; $t=1.35$; $p<0.05$). La muestra escolar estuvo compuesta por 169 varones y 272 mujeres, de 12 a 15 años ($n=298$) y de 16 a 19 años ($n=129$), la población que acudía a tratamiento psicológico estuvo compuesta por 49 varones y 32 mujeres.

Instrumentos

Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). Esta escala (Keyes, 2006) evalúa tres tipos de bienestar: emocional, psicológico y social a través de 14 ítems. El bienestar emocional está conformado por 2 ítems, el bienestar psicológico por 6 ítems y el bienestar social por 5 ítems. Los estudios han hallado buenas evidencias de consistencia interna y validez discriminante en muestras de diversos países. La estructura de tres factores de la escala (emocional, psicológica y social) ha sido replicada en los diversos estudios (Gallagher et al., 2009);(Lamers et al., 2011) En Argentina, se ha confirmado la estructura factorial del instrumento, adecuados niveles de consistencia interna y validez convergente (Perugini et al., 2017)

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised). Este inventario de 90 ítems (Derogatis et al., 2017) evalúa diversos síndromes psiquiátricos a través de nueve subescalas: somatización, trastorno obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, esquizofrenia, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo. Incluye, también, tres índices globales de malestar psicológico: un Índice Global de Severidad utilizado para estimar el estatus psiquiátrico general, un Índice Positivo de Malestar y el Total de Síntomas Positivos. La escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas en estudios de validación en Argentina (Casullo, 2004; Sanchez& Ledesma, 2009)

Procedimiento

La investigación sigue los estándares éticos de la *American Psychological Association* (2010). Los participantes de las dos muestras fueron informados de los propósitos de la investigación, la confidencialidad de los datos y de su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación cuando lo desearan. Los padres de los adolescentes firmaron un consentimiento informado autorizando la participación de sus hijos en la investigación. Los instrumentos de la muestra de adolescentes en tratamiento psicológico fueron administrados por psicólogos y psiquiatras infanto-juveniles de diferentes instituciones de salud mental

en una sola sesión. Los profesionales fueron entrenados para la correcta administración de las escalas.

En la muestra de estudiantes los instrumentos se administraron en una sola toma de aproximadamente 50 minutos, en forma grupal en el aula con previo aviso a los colegios sobre la visita del investigador.

Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó con el programa informático SPSS versión 20. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante tablas de contingencias para conocer los porcentajes de prevalencia en cada grupo. Se calculó el estadístico chi cuadrado para testar la asociación entre variables de ambas muestras. Se incluyó también una medida de tamaño del efecto entre las asociaciones con un resultado estadísticamente significativo.

Resultados

Prevalencia de la salud mental en la población escolar y población en tratamiento psicológico

En la Tabla 1 se describen los niveles de prevalencia el *florece* en la población escolar y en la población en tratamiento psicológico de la región metropolitana de Buenos Aires (Tabla 1).

Tabla 1

Prevalencia de la salud mental en población escolar y población en tratamiento psicológico

Categorías en salud mental	Población escolar (n=427)	Población en tratamiento psicológico (n=76)
<i>Languishing</i>	11.5%	10.5%
Salud mental moderada	59.5%	57.9%
<i>Florece</i>	29.0%	31.6%

Se observa que la mayor cantidad de adolescentes se ubican en la categoría de salud mental moderada en ambas poblaciones, siendo bajos los niveles de *languidecimiento* tanto en la muestra escolar como en la de tratamiento psicológico. El nivel óptimo de salud mental *-florecer-* es semejante entre ambas muestras y no reportan diferencias significativas ($\chi^2 = .22$, $gl = 2$, $p = .89$).

Niveles de salud mental completa en población escolar y población en tratamiento psicológico

Para establecer las categorías de análisis de la variable salud mental completa, se asociaron los niveles de salud mental —*florece*, salud mental moderada, *languidece*— y la presencia o ausencia de malestar psicológico.

Para determinar la presencia o no de tales trastornos mentales se utilizó el Índice Global General (IGS) de la prueba SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977). Para ello se tomó el puntaje de corte del IGS en función de los estudios de baremización realizados en Buenos Aires en hombres y mujeres adolescentes (Casullo, 2004). Es importante destacar que el puntaje de corte fue diferente para hombres y para mujeres.

Esto permitió dividir a cada población en adolescentes con o sin malestar psicológico. Luego se realizó un cruzamiento entre la presencia o ausencia de malestar psicológico con las tres categorías en salud mental, dando lugar a seis categorías: *languidece* con malestar psicológico, *languidece* sin malestar psicológico, salud mental moderada con malestar psicológico, salud mental moderada sin malestar psicológico, *florece* con malestar psicológico, *florece* sin malestar psicológico (ver Tabla 2).

La categoría con más frecuencia obtenida fue la de salud mental moderada sin malestar psicológico en ambas poblaciones, seguida por la categoría de *florece* con malestar psicológico. No obstante, al comparar ambas poblaciones, se pudieron apreciar que no había diferencias significativas en las categorías consideradas, ($\chi^2 = 8.22$, $gl = 5$, $p = .14$).

Tabla 2

Niveles de salud mental completa según población escolar y población en tratamiento psicológico

Categorías en salud mental completa	Población escolar (n=427)	Población en tratamiento psicológico (n=76)
<i>Languidecer</i> con malestar psicológico	7.5%	9.2%
<i>Languidecer</i> sin malestar psicológico	4%	1.3%
Salud mental moderada con malestar psicológico	15%	22.4%
Salud mental moderada sin malestar psicológico	44.5%	35.5%
<i>Florecer</i> con malestar psicológico	3.3%	0%
<i>Florecer</i> sin malestar psicológico	25.8%	31.6%

Prevalencia de la salud mental según edades

Para evaluar la prevalencia de la salud mental según edades, se dividió cada muestra por grupos de 12 a 15 años y de 16 a 19 años-. A continuación, se presenta la descripción de las categorías de salud mental por grupo de edad en la población escolar (Tabla 3).

Tabla 3

Categorías de salud mental según las edades

Categorías de la salud mental	De 12 a 15 (n=298)	De 16 a 19 (n=129)
<i>Languishing</i>	12.1%	10.1%
Salud mental moderada	58.7%	58.9%
<i>Florecer</i>	28.2%	31.0%

La tabla 3 evidencia que las frecuencias se encuentran distribuidas de forma homogénea en todas las categorías de salud mental en ambas franjas etarias, siendo la salud mental moderada la categoría más predominante, como así también la categoría de *languidecer* fue la menos

frecuente. Por otra parte, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de salud mental según franja de edad ($\chi^2 = .57$, $gl = 2$, $p = .75$).

Prevalencia de la salud mental completa según edades

Se presenta la descripción de las categorías de salud mental completa por grupo de edades en la población escolar (Tabla 4).

Tabla 4

Categorías de salud mental completa según edades

Categorías en salud mental completa	De 12 a 15 (n=298)	De 16 a 19 (n=129)
<i>Langui-decer</i> con trastorno mental	8.1%	6.2%
<i>Langui-decer</i> sin trastorno mental	4%	3.9%
Salud mental moderada con trastorno mental	15.8%	13.2%
Salud mental moderada sin trastorno mental	44%	45.7%
<i>Florece</i> con trastorno mental	2%	6.2%
<i>Florece</i> sin trastorno mental	26.2%	24.8%

En ambos grupos etarios la categoría de mayor prevalencia fue la salud mental moderada sin trastorno mental. Por el contrario, las categorías con menor frecuencia en ambas agrupaciones fueron *langui-decer* con y sin trastorno mental. Por otra parte, la franja etaria de 12 a 15 años presentó mayores niveles de trastorno mental que la franja de 16 a 19 años en las siguientes categorías: salud mental moderada y *langui-decer*. Asimismo, se halló una diferencia significativa en ambos grupos respecto a la variable bajo estudio, ya que $\chi^2 = 57.70$, $p = .00$. Los grupos difieren especialmente en la categoría *florece* con trastorno mental, siendo grande el tamaño del efecto ($d = .79$).

Salud mental completa según el género

Posteriormente, se analizó el nivel de salud mental completa según el género en la población escolar (ver Tabla 5).

Tabla 5
Salud mental completa según el género

Categorías en salud mental completa	Varones (n=165)	Mujeres (n=262)
<i>Languidecer</i> con trastorno mental	6.1%	8.4%
<i>Languidecer</i> sin trastorno mental	3%	4.6%
Salud mental moderada con trastorno mental	11.5%	17.2%
Salud mental moderada sin trastorno mental	41.8%	46.2%
<i>Florecer</i> con trastorno mental	3.6%	3.1%
<i>Florecer</i> sin trastorno mental	33.9%	20.6%

La mayoría de los integrantes de la población escolar se encontraba dentro de la categoría salud mental moderada sin trastorno mental, siendo pequeña la diferencia entre ambos sexos. La categoría de salud mental completa menos frecuente en el caso de los varones fue *languidecer* sin trastorno mental; en tanto que en las mujeres la menor frecuencia se dio en la categoría *florecer* con trastorno mental. Otro dato sobresaliente, es que en ambos sexos los niveles de *languidecer* con y sin trastorno mental fueron bajos no superando en ningún caso el 10%.

Con respecto a la presencia psicopatológica, esta fue mayor en las mujeres que en los hombres, dado que los porcentajes fueron más elevados en las categorías salud mental moderada con trastorno mental y *languidecer* con trastorno mental. A nivel comparativo se observó que existía una diferencia significativa entre el género y la salud mental completa, puesto que $\chi^2= 35.16$, $p=.00$, especialmente por la influencia de las categorías *florecer* sin trastorno mental en la población masculina, siendo moderado el tamaño del efecto ($d=.59$).

Discusión

Este trabajo tuvo como primer objetivo la evaluación de la prevalencia de los niveles de salud mental y de la salud mental completa en población escolar argentina y en población adolescente en tratamiento psicológico. Los resultados sobre la prevalencia del *florece* en adolescentes argentinos, permiten situar a esta categoría en un 29% de la población escolar y en un 31.6% población en tratamiento psicológico, sin reportarse diferencias estadísticamente significativas en las categorías de salud mental y salud mental completa entre población general y población clínica. Una posible explicación a la falta de diferencias estadísticamente significativas se atribuiría a que la población clínica se encontraba en fases de tratamiento media y final y no en el momento inicial en el que los síntomas son más agudos. Sin embargo, el carácter transversal del diseño no permite conocer el estado psicopatológico de la población clínica al inicio del tratamiento.

Asimismo, los valores de prevalencia se ubican notoriamente por debajo de los valores hallados en otros países como India (Singh et al., 2015), Portugal (Nabais, 2012), Estados Unidos (Keyes, 2006b), Australia (Vennig et al., 2013; Skrzypiec et al., 2016) y Canadá (Afifi et al., 2016) en los que los niveles de *florece* superan al 40%. No obstante, la prevalencia del *florece* obtenida en la población argentina estudiada se encuentra por encima de los obtenidos en adolescentes de países como Egipto (Salama-Younes, 2011), Sudáfrica (Van Zyl y Rothmann, 2012) y Corea del Sur (Lim et al., 2013), donde los niveles de *florece* no superan el 23%. Estos datos muestran que los adolescentes argentinos poseen un nivel de *florece* moderado-bajo si se los analiza en relación a las características socio demográficas de los adolescentes que viven en países desarrollados o emergentes. Debe destacarse que este es el primer estudio en Latinoamérica sobre *florece* en adolescentes.

Como segundo objetivo se evaluó la prevalencia de la salud mental y la salud mental completa según género y grupo de edad en población escolar. Con respecto a la relación entre el *florece* y la edad, estudios previos han encontrado asociaciones negativas —a mayor edad, menores

niveles de *florece*r— (Lim et al., 2013; Keyes, 2006). Sin embargo, esta investigación no ha podido confirmar tales hallazgos, dado que no se encontraron diferencias significativas en el *florece*r entre los grupos etarios en que fue dividida la muestra escolar analizada. No obstante, sí se hallaron diferencias significativas de la salud mental completa entre los grupos etarios en que se dividió la muestra escolar. Los adolescentes de 12 a 15 años tenían mayores niveles de salud mental moderada con trastorno mental y *languidecimiento* con trastorno mental, que sus pares de 16 a 19 años. Estos resultados coinciden con los valores reportados por Singh et al. (2015) en población de adolescentes de 12 a 19 años, pues en este se constató que el subgrupo de adolescente de 12 a 14 años tenía mayores síntomas de ansiedad, depresión y estrés en comparación del subgrupo de 15 a 19 años.

Asimismo, entre los grupos de adolescentes que formaron parte de este estudio se detectó que había diferencias significativas respecto a la categoría *florece*r con trastorno mental, pero en este caso los adolescentes de mayor edad (16 a 19 años) obtuvieron mejores puntuaciones que el grupo de 12 a 15 años. Contrariamente Keyes y Cartwright (2014) reportaron una asociación negativa de la edad de los adolescentes y el malestar psicológico pero positiva con el *florece*r. Las discrepancias del presente estudio a comparación de los de Keyes y Cartwright (2014), se pueden atribuir a las diferencias en la aplicación de estrategias de afrontamiento y de regulación emocional entre un pre-adolescente o púber que alguien que ya se encuentra transitando la adolescencia (Viejo y Ortega-Ruiz, 2017). A su vez, en la pubertad hay mayor reactividad o sensibilidad emocional debido a los cambios hormonales y estructurales de su organismo lo que podría dar cuenta de mayores síntomas psicopatológicos y menor prevalencia de *florece*r (Ramos-Paúl y Torres, 2014).

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de salud mental en la población escolar en relación al género. Sin embargo, se hallaron diferencias en la salud mental completa en la que los hombres reportaron mayores niveles de *florece*r sin trastorno mental que las mujeres. Estos resultados difieren de los obtenidos

por Keyes y Cartwright (2013) y Singh et al. (2015), quienes no encontraron diferencias significativas de salud mental completa según el género. No obstante, debe señalarse que en esos estudios los síntomas psicopatológicos evaluados se limitaron a depresión y ansiedad y en esta investigación se ha incluido un grupo de síntomas más amplios a través de la escala SCL-90-R (Derogatis et al., 2017).

En cuanto a las limitaciones, debe decirse que, si bien la muestra utilizada fue amplia, el nivel socioeconómico no era homogéneo entre los participantes de los grupos escolares y clínicos. Los participantes de la población clínica pertenecían a una clase media y media-alta en tanto que los adolescentes de la población escolar eran de clase media o media-baja. Como puede advertirse, el nivel socioeconómico exige tomar ciertos recaudos al momento de comparar los resultados. Se podría conjeturar, por ejemplo, que los adolescentes de la muestra clínica estaban menos expuestos a ciertos factores de riesgo vinculados al entorno ambiental que facilitaban una mejor salud mental, y a su vez, un mayor acceso a tratamientos psicológicos en el ámbito privado, todo esto sin detrimento de la eficacia del tratamiento recibido.

En consecuencia, en futuras investigaciones se deberá tener en cuenta criterios de selección de los participantes más homogéneos y amplios. Por ejemplo, se podrían equiparar las muestras en función de variables socioeconómicas, zona de residencia, tipo de conformación familiar, tipo de colegio al que asiste, entre otras variables. Asimismo, sería importante indagar el *florecer* en niños, habida cuenta que no existen estudios sobre esta temática en este grupo etario.

Finalmente, este trabajo aportó evidencia empírica sobre los niveles de *florecer* y salud mental en Argentina siguiendo el modelo de Keyes sobre el que no había estudios previos a nivel regional. Además, permitió extender la validez del modelo del factor dual introdujo una muestra novedosa, siendo el primer estudio en utilizar una muestra de adolescentes en tratamiento psicológico y otra de estudiantes para el estudio de los niveles de la salud mental.

Referencias

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J. y Boyle, M. H. (2016). Individual- and Relationship-Level Factors Related to Better Mental Health Outcomes following Child Abuse: Results from a Nationally Representative Canadian Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 776-788. <https://doi.org/10.1177/0706743716651832>
- Batz, C. y Tay, L. (2018). Gender differences in subjective well-being. En T. Diener y S. Oishi, *Handbook of well-being*. DEF Publishers.
- Casullo, M. & P. (2004). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Universidad de Buenos Aires.
- De la Fuente, R., Parra, A., SánchezQueija, I. y Lizaso, I. (2019). Flourishing During Emerging Adulthood from a Gender. *Journal of Happiness Studies*, 1-22(4), 347-356. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00204-9>
- Derogatis, L. R. y Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(4), 347-356. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb00241.x>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (2017). *Self-Report Symptom Inventory*. PsycTESTS Dataset. <https://doi.org/10.1037/t48311-000>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (2010). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (2011). *Flourishing Scale* (FS). PsycTESTS Dataset [Database record]. <https://doi.org/10.1037/t03126-000>
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J. y Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77(4), 1025-1050. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x>

- Góngora, V. C. y Castro Solano, A. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology*, 8(3), 303-318. <https://doi.org/10.4236/psych.2017.83018>
- Guo, C., Tomson, G., Keller, C. y Söderqvist, F. (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC Public Health*, 18(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5133-2>
- Harter, J. K., Schmidt, F. L. y Keyes, C. L. M. (2003). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup studies. En C. L. M. Keyes y J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 205-224). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-009>
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. y Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing* 4(1), 62-90. <https://doi.org/10.5502/ijw.v4i1.4>
- Huppert, F. A. y So, T. T. C. (2013). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- Keyes, C. L. M. (2007). Psychological Well-Being. En *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 399-406). <https://doi.org/10.1016/b0-12-370870-2/00156-6>
- Keyes, C. L. M. (2014). Happiness, Flourishing, and Life Satisfaction. En *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 747-751). <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs454>

- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S. y Simoes, E. J. (2010). Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.192245>
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K. y Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126-133. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>
- Keyes, C. L. M. y Grzywacz, J. G. (2005). Health as a Complete State: The Added Value in Work Desempeño and Healthcare Costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(5), 523-532. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000161737.21198.3a>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M. y Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lim, Y.-J., Ko, Y.-G., Shin, H.-C. y Cho, Y. (2013). Prevalence and Correlates of Complete Mental Health in the South Korean Adult Population. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 91-109). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_5
- Lippman, L. H., Moore, K. A. y McIntosh, H. (2011). Positive Indicators of Child Well-Being: A Conceptual Framework, Measures, and Methodological Issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 425-449. <https://doi.org/10.1007/s11482-011-9138-6>
- Low, K. G. (2011). Flourishing, substance use, and engagement in students entering college: a preliminary study. *Journal of American College Health*, 59(6), 555-561. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.563432>
- Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C. y Pinto, A. M. (2010). Preliminary psychometric study of the

- Mental Health Continuum - Short Form - for youth, in a sample of Portuguese adolescents. *Psychologica*, 53, 131-156. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7
- Perugini, M., De la Iglesia, G., Castro Solano, A. y Keyes, C. (2017). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean context: Confirmatory factor analysis and measurement invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163>
- Robinson, O. y Žukauskienė, R. (2017). Flourishing in European Emerging Adults. En L. M. Padilla-Walker y L. J. Walker. *Flourishing in Emerging Adulthood* (pp. 431-444). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190260637.003.0039>
- Ryff, C. D. (2012). *Psychological Well-Being Scale*. PsycTESTS Dataset. <https://doi.org/10.1037/t04262-000>
- Salama-Younes M. (2011) Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. En I. Brdar (Ed.), *The Human Pursuit of Well-Being*. Dordrecht. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8_19
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Free Press.
- Singh, K., Bassi, M., Junnarkar, M. y Negri, L. (2015). Mental health and psychosocial functioning in adolescence: an investigation among Indian students from Delhi. *Journal of Adolescence*, 39, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.12.008>
- Skrzypiec, G., Askill-Williams, H., Slee, P. y Rudzinski, A. (2016). Students with Self-identified Special Educational Needs and Disabilities (si-SEND): Flourishing or Languishing! *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(1), 7-26. <https://doi.org/10.1080/1034912x.2015.1111301>
- Van Zyl, L. E. y Rothmann, S. (2012). Flourishing of Students in a Tertiary Education Institution in South Africa. *Journal of Psychology in Africa*, 22(4), 593-599. <https://doi.org/10.1080/14330237.2012.10820573>

Wissing, M. P., Schutte, L., Liversage, C., Entwisle, B., Gericke, M. y Keyes, C. (2019). Important Goals, Meanings, and Relationships in Flourishing and Languishing States: Towards Patterns of Well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1-37. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09771-8>

Recibido: 2021-01-12

Revisado: 2022-03-02

Aprobado: 2022-03-29.