



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

ESTRÉS, OPTIMISMO, AUTOESTIMA Y VALORES PERSONALES EN ADOLESCENTES

Autor: María Martín Gregorio

Tutor Profesional: Helena García Llana

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2019

María
Martín
Gregorio

**ESTRÉS, OPTIMISMO, AUTOESTIMA Y VALORES PERSONALES EN
ADOLESCENTES**



Resumen

El objetivo de este estudio fue detectar las necesidades y recursos en la población adolescente, además de describir el estado emocional de los participantes, sus niveles de estrés, así como estudiar las relaciones entre optimismo, autoestima y valores personales. Con una muestra de 61 adolescentes españoles, de 1º de Bachillerato de un colegio de Madrid, con edades entre los 16 y los 18 años ($M = 16.34$, $DT = 0.54$). Se utilizó para medir estas variables: la escala de Magallanes de Estrés (E M E S T), la escala de Evaluación del Optimismo (EQ-i: YV), la escala de Autoestima de Rosenberg, la escala de Valores para Adolescentes y un breve cuestionario elaborado *ad-hoc*. El estudio usó un diseño empírico con metodología cuantitativa, observacional, relacional, transversal. Los resultados muestran la relación inversa entre el estrés y el optimismo ($p < .001$), así como el mismo tipo de relación entre estrés y autoestima ($p < .001$). Además de diferencias significativas entre hombres y mujeres en los niveles de estrés ($p = .028$) y optimismo ($p = .036$). Los resultados permiten identificar patrones vulnerables siendo de gran relevancia para el diseño de diferentes intervenciones futuras.

Palabras Clave: Adolescentes, estrés, optimismo, autoestima y valores personales.

Abstract

The aim of this study was to detect the needs and resources in the adolescent population, as well as to describe the emotional state of the participants in the study, their stress levels, and to study the relations between optimism, self-esteem and personal value. With a sample of 61 Spanish teenagers, between 16 and 18 years old ($M = 16.34$, $SD = 0.54$), of 1st of *Bachillerato* (equivalent to High School in the US and A Levels in the UK) at a school in Madrid. In order to measure the variables, we used: Magallanes scale of stress (E M E S T), the scale of optimism assessment (EQ-i: YV), the Rosenberg Self-Esteem Scale, values scale for adolescents and a brief *ad-hoc* questionnaire. The study used an empirical design with quantitative, observational, relational and transversal methodologies. The results show the inverse relationship between stress and optimism ($p < .001$), and the same relationship between stress and self-esteem ($p < .001$), as well as significant differences between men and women in the stress ($p = .028$), and optimism ($p = .036$) levels. The results allow to identify vulnerable patterns, being of great relevance for the design of different future interventions.

Keywords: Teenagers, adolescents, stress, optimism, self-esteem and personal values.

Introducción

La adolescencia es una etapa de cambio en la vida de las personas donde se desarrollan diversos factores y la salud mental no es una excepción. Cuando hablamos de salud mental, nos referimos a aspectos emocionales, sociales y psicológicos, los cuales tienen relación con áreas inmersas en la vida de los adolescentes. Las habilidades sociales, el sentido de la identidad, la autoestima, etc., entre otras, son aspectos que se desarrollan durante esta etapa (Tillmann, Tobin, Avison & Gilliland, 2018).

La resiliencia y el estrés, son factores que también comienzan a cobrar importancia, así como el bienestar psicológico general. De esta manera los problemas relacionados con enfermedades mentales que comienzan en la etapa de la adolescencia, si no se gestionan de manera correcta tendrán repercusiones en el futuro, así como en la vida adulta, causando impacto tanto a nivel individual, familiar, como social, con relación directa sobre el sistema de salud. De esta manera trabajar sobre la salud mental en etapas tempranas es una inversión de futuro (Bardone, Moffitt, Caspi, Dickson & Silva, 1996). Así mismo, los problemas psicológicos que aparecen en la infancia presentarán consecuencias en la etapa adulta si no se trabajan correctamente, como hemos indicado anteriormente.

El ambiente académico es el espacio donde los adolescentes perciben más los niveles de estrés, lo que además está relacionado con el éxito escolar. Los niveles de estrés guardan correlación con los niveles de ansiedad, así como con la respuesta fisiológica que se percibe en esta población (Singh *et al.*, 2011).

Vemos como cada vez más las cifras sobre enfermedades psicológicas y mentales en población adolescente aumentan. En relación a la prevalencia de los trastornos mentales, son mayores en las mujeres que en los hombres. Las variables que más se relacionan con ellos son: el estar divorciado, ser inmigrante en un país en vías de desarrollo, nivel socioeconómico bajo, débil apoyo social, estar de baja laboral, padecer alguna enfermedad crónica o tener algún problema de salud (Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2010).

Continuando con los principales diagnósticos, nos centraremos en los más característicos en función de la edad. En un estudio de Navarro-Pardo, Moral, Galán & Beitia (2012), obtuvieron que los trastornos más prevalentes entre los 0 y los 5 años, son los de conducta, comunicación, control de impulsos y generalizados del desarrollo. Los trastornos de la conducta y el TDAH son los más característicos entre los 6 y los 11 años. Entre los 12 y los 15 años, destacan los trastornos de conducta y de ansiedad, y entre los 16 y los 18, los trastornos de conducta. Siendo más predominantes en los chicos los trastornos de conducta, externalizantes, mientras que la población

femenina desarrolla más trastornos relacionados con la ansiedad, internalizantes. Los trastornos del comportamiento disruptivo, seguidos por los trastornos relacionados con la ansiedad, son los más característicos, uno de los motivos por los cuales el estrés es una de las variables clave en nuestro estudio. La relacionaremos con el optimismo, la autoestima y los valores personales. Además estos trastornos psicológicos también guardan conexión con las relaciones sociales, por lo que el tipo de valores sociales, personales e individualistas, serán importantes para nuestro proyecto de investigación (De La Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012).

Otros estudios sugieren la importante relación entre la autoestima, el bienestar psicológico general y el estrés. Indicando como los niveles iniciales de estrés afectan de manera negativa al bienestar psicológico, donde un cambio en estos niveles puede producir a su vez modificaciones en el bienestar de los adolescentes. Siendo la autoestima la variable encargada de mediatizar el proceso (Xiang, Tan, Kang, Zhang & Zhu, 2019).

Por lo que investigar con variables que disminuyan estas dificultades será de vital importancia, para reducir el malestar y el sufrimiento vivido por esta población, así como por sus familias. Además de mermar los costes en salud mental que supone el aumento de los pacientes en este área.

Son muchas las variables estudiadas en relación a esta etapa vital, tanto en España, como en diferentes lugares a nivel mundial: China, Rumanía, Inglaterra, Italia, Chile, ... entre otros. Algunas de estas variables son: el bienestar psicológico, la resiliencia, el ambiente donde se desarrollan los menores, el espacio académico, así como las decisiones tomadas con respecto a las vías universitarias, el apoyo social, la psicología positiva y el autocontrol, la religión, las enfermedades cardíacas, el cáncer, la nutrición, la obesidad, la impulsividad hacia la comida, el uso y el abuso de sustancias, así como la actividad física, los momentos de crisis económica, la toma de decisiones, las tecnologías de la información y la comunicación así como las redes sociales (Eaton *et al.*, 2008). De esta forma y a pesar de la gran cantidad de variables que se relacionan con este momento vital, nuestra investigación versará sobre el estrés, optimismo, autoestima y valores personales. Las cuales consideramos de gran importancia sobre esta población, donde no se han estudiado de manera relacionada sobre la comunidad adolescente.

Son precisamente estas en las que nos centramos, ya que nos indicarán las fortalezas con las que cuentan nuestros adolescentes, y por lo tanto analizaremos los recursos de afrontamiento vital que poseen, factores de riesgo y de protección, obteniendo así un perfil de riesgo.

Según Jiménez, Montorio & Izal (2017), la edad está asociada de manera negativa con el estrés emocional. Los recursos emocionales varían por lo tanto con respecto a la edad; las personas de más edad poseen mayores niveles de optimismo, relacionado a su vez con el locus de control interno o externo que presentan. La conexión entre el control y el estrés emocional, queda mediatizado según los autores, por la autoestima y el optimismo. Los cuales se relacionan con bajos niveles de estrés, convirtiéndose en recursos muy poderosos a potenciar en la vida de las personas. Si hemos concluido que la edad es un factor a tener en cuenta, trabajar en edades tempranas, facilitará el correcto desarrollo de estos constructos en edades adultas.

Además de la edad, el sexo y la configuración familiar, se tuvo en cuenta la escolarización de los adolescentes, en un estudio de Šeboková, Uhláriková & Halamová (2018). Los resultados mostraron la asociación entre la competencia social y académica, el optimismo de los estudiantes, la conectividad entre ellos y la felicidad. Por lo que la escolarización es una variable trascendental cuando hablamos de bienestar psicológico general y más aún en referencia a este periodo vital que es la adolescencia. Continuando con la importancia de la escolarización, se ha relacionado el nivel de escolaridad y el sexo con la autoestima. Indicando una bajada de la misma, a medida que aumenta el nivel escolar de los alumnos, así como menores puntuaciones en esta variable en las mujeres (Marchant, Milicic, García & José, 2017).

El cáncer es una temática que se ha estudiado mucho a su vez en relación con esta población, relacionándola con el estrés, entre otras variables. Según la edad de los niños, estos viven la enfermedad de manera diferente. En la etapa preescolar (18 meses a los 5 años), los niños la viven como un castigo, ya que durante este periodo de tiempo se consideran invencibles. De los 6 a los 11 años, la necesidad de tener control puede aislarlos del aprendizaje de otros recursos de afrontamiento y no potenciar su desarrollo. Durante la pre-adolescencia y la adolescencia (de los 12 a los 16 años) existen fantasías de omnipotencia, ya que la negación es una defensa comúnmente usada en esta etapa (Die, 2003). Además de impedir un correcto proceso de individuación. Se encuentran más aislados, por lo que merman las relaciones sociales, necesitan mayor separación de los padres, pero con la enfermedad la independencia se vuelve complicada. Igualmente todos aquellos aspectos que se desarrollan en la adolescencia sufren un retraso madurativo. Es conocido que los tratamientos oncológicos merman e imposibilitan el crecimiento corporal durante la etapa académica, y el desarrollo de la identidad en la adolescencia (Kashami & Hakami, 1982).

Por eso el estudio de las variables psicosociales es tan importante y necesario, ya que estas inciden en las enfermedades y en los trastornos mentales, así como en su formación y

mantenimiento. De igual manera ocurre en el caso contrario, ya que las enfermedades mentales tienen influencia en las variables psicosociales de los individuos (Bayés, 2000).

Como indicábamos anteriormente la ansiedad también está muy presente en este tipo de población, la cual se incrementa con la dinámica de poseer algún tipo de problema de salud, como puede ser el cáncer. Debido principalmente a las pruebas, la hospitalización y con ella la reducción en la movilización y los fármacos a consumir. En relación también a la falta de movilidad física, los niños hospitalizados se encuentran más irritables (Die, 2000). Las enfermedades en la infancia en general suponen un gran agente estresor para todos los menores.

Los padres cambian la forma de comportarse cuando su hijo está enfermo, usando en ocasiones la negación como mecanismo de defensa, con todas las consecuencias que esto tiene en el desarrollo de los menores (Wolff, 1985).

Las primeras reacciones que los padres muestran son de aislamiento, incredulidad y perplejidad y como indicábamos el uso de la racionalización en etapas posteriores para mantener el control (Stehbens & Lascari, 1974). La manera en que los padres reaccionan ante la enfermedad se vuelve en ocasiones casi más importante que la de los enfermos, ya que aunque depende de la edad, se encuentran muy influenciados por ellos. Bien es cierto, que los tipos de relaciones familiares e individuales varían en gran medida según el paciente, debido en parte a las características culturales (Chesler & Barbarín, 1987).

De este modo, el proyecto de investigación relacionará el estrés, con variables como el optimismo, la autoestima y los valores personales. Tal y como hemos indicado anteriormente.

La población adolescente es una muestra muy estudiada, pero tal y como hemos comentando no con la relación de variables aquí mencionadas. Siendo el motivo por el cual esta sea precisamente la etapa vital que utilizaremos para llevar a cabo nuestro proyecto de investigación, viendo como influyen el estrés, el optimismo, la autoestima y los valores personales, además de determinadas variables sociodemográficas, mencionadas por diversos autores. A raíz de la revisión teórica realizada, consideramos que estas son las variables más pertinentes para realizar nuestro estudio, ya que son de gran relevancia social y tienen un gran impacto sobre esta población, cómo hemos ido indicando a lo largo de las líneas anteriores. Con grandes aplicaciones y consecuencias para el futuro, como el desarrollo de programas de apoyo en diferentes contextos para esta población, así como obtener los principales recursos de afrontamiento para de esta manera poder potenciarlos.

Las variables de nuestro estudio serán las siguientes:

El estrés podría definirse como “la situación en la que el sujeto percibe dificultades o incapacidad en sus recursos para dominar o superar ciertas demandas, externas o internas, y que conlleva una activación fisiológica y conductual característica” (Sandi, Venero & Cordero, 2001). Son muchos los autores que han hablado sobre el estrés: Hans Selye, Bensabat, Cannon, Labrador, entre otros. Con sus aportaciones se han podido esclarecer las diferencias entre términos como: estresor, respuesta de estrés y reacciones al estrés. Por otro lado, se ha demostrado que la exposición prolongada a factores tanto sociales como biológicos estresantes, aumenta la respuesta de estrés. De esta forma, podemos ver el correlato de estas respuestas en los ejes endocrino y neuronal, siendo los responsables de diferentes alteraciones en los organismos (Labrador & Crespo, 1993). A su vez, la predisposición biológica también es un factor que debemos tener en cuenta a la hora de evaluar el estrés, ya que marca las diferencias entre los individuos que se enfrentan a las mismas situaciones, siendo sus respuestas dispares, las cuales por lo tanto, pueden estar mediadas por este factor, denominado estereotipia de la respuesta de estrés (García, Magaz & García, 2011). El estrés es por lo tanto una variable muy importante en esta población, estudiada por múltiples autores (Wolfe *et al.*, 2015).

A lo largo de la historia de la psicología las emociones negativas han tenido más notoriedad en la literatura que las emociones positivas, lo que no implica que sean más relevantes. R. Bar-On en su modelo sobre la inteligencia socio-emocional explica una serie de habilidades socio-emocionales, las cuales pueden incluirse en subconjuntos dentro de la inteligencia socio-emocional (Bar-On, 1988). Su modelo integra también una serie de facilitadores, factores que no forman parte de manera directa de esta inteligencia pero si son precursores de la aparición de conductas tanto social como emocionalmente inteligentes. Dos de ellos son: el optimismo y la felicidad, junto con la auto-actualización, la independencia y la responsabilidad social (Oliva *et al.*, 2011). El optimismo y la felicidad están muy relacionados con el estado de ánimo, la automotivación y el humor general, los cuales marcan el grado de las dos variables descritas anteriormente. Además el optimismo y la felicidad, correlacionan con el manejo de las propias emociones, la regulación de las mismas, la solución de problemas y las relaciones interpersonales. Según Oliva *et al.* (2011), “el optimismo es la habilidad para mantener una actitud positiva y esperanzada hacia la vida incluso en situaciones adversas.” En contra posición con aquellas personas más pesimistas o depresivas, que no proceden con motivación ni con la capacidad para actuar ante los acontecimientos que van sucediendo a lo largo de la vida cotidiana.

Hay otros autores que hablan sobre el optimismo disposicional, el cual queda definido en la bibliografía como “una tendencia personal a evaluar de forma positiva la ocurrencia de eventos futuros (posibles o no), siendo una característica estable, temporal y situacionalmente, lo que

genera una tendencia a persistir en la tarea cuando esta se dirige hacia una meta” (Carver & Connor-Smith, 2010; Rauch, Schweizer & Moosbrugger, 2007; Scheier & Carver, 1985).

Si el estado de ánimo es óptimo es más probable que surjan conductas emocional y socialmente inteligentes. De esta manera, aunque el optimismo y la felicidad, no son constructos propios de la inteligencia socio-emocional, son fundamentales para entender y abarcar el comportamiento humano, en diferentes contextos, tanto intra como interpersonales. Por lo que esta será una de las variables que utilizaremos en nuestra investigación, la cual por lo tanto, relacionaremos con el estrés. Evaluando así el quinto metafactor del modelo de Bar-On el cual versa sobre inteligencia socio-emocional.

Por otro lado, y continuando con lo anterior, son muchos los autores que han definido el término autoestima, ya que engloba varios aspectos y se relaciona con múltiples variables. En función de las consideraciones que realicen los autores, en la literatura se encuentran diferentes definiciones. Es un predictor del grado de ajuste psicológico durante varias etapas de la vida, entre ellas la adolescencia y la adultez. Por un lado Kernis (2003) habla sobre la autoestima verdadera y la autoestima óptima. La autoestima óptima, la cual según Kernis (2003) es “la actitud positiva hacia uno mismo basándose en la autenticidad, en la autoconciencia (incluyendo los sentimientos), en el procesamiento no sesgado de la información autorrelevante, y en la coherencia entre nuestros auténticos valores y nuestras propias acciones y relaciones”. Por otro lado, hay autores que la definen en relación a su yo ideal (Pope, Mac-Hale & Craighead, 1996; Woolfolk, 1996), mientras que otros identifican su carácter valorativo o evolutivo (Acosta, 1998; Musitu & Román, 1983). Rosenberg por otro lado considera esta variable como “una tendencia direccional que oscila entre un nivel alto y un nivel bajo” (Oliva *et al.*, 2011). Por lo que a la autoestima se la puede considerar según Rosenberg (1973):

La valoración que el sujeto realiza de la imagen de sí mismo. Esta es la evaluación basada en la opinión que cada persona tiene acerca de sí misma, realizada en función del conjunto de pensamientos y experiencias de las que se ha ido nutriendo, principalmente durante la infancia y la adolescencia. Dicha valoración contiene inevitablemente ciertos elementos subjetivos que delimitan e influyen en el sentido e intensidad de sus manifestaciones.

Según explican Oliva *et al.* (2011) “la autoestima reside en la base de la construcción de actitudes positivas de un individuo con respecto a sí mismo, sus experiencias y hacia los demás”. La autoestima se considera una variable evolutiva, siendo un concepto dinámico, ya que los individuos la desarrollan a lo largo de su vida (Baldwin & Hoffmann, 2002). La época en la que se forma este concepto es durante la denominada adolescencia inicial, media y tardía, según Steinberg (2002). Además, la autoestima se relaciona con el ajuste psicológico, con la adaptación

social y por lo tanto es una manera de prevenir conductas de riesgo. Por lo que podemos concluir que sobre la satisfacción vital tiene un efecto positivo (Martínez, Buelga & Cava, 2007).

En el contexto escolar, hay diferentes variables que se relacionan con la autoestima: el ajuste social, el clima social percibido por el alumno y su grado de victimización. Además, el bullying tiene relación tanto directa como indirecta con una baja autoestima (Collell & Escudé, 2006). Por lo que podemos concluir que una buena autoestima está relacionada con un óptimo ajuste emocional, facilitando así una correcta adaptación social. De esta manera el desarrollo de una autoestima positiva previene las conductas de riesgo, ampliando los sentimientos de bienestar (Oliva *et al.*, 2011). Por lo que, con toda la información facilitada hasta el momento, la autoestima, será otra de las variables que relacionaremos con el estrés en nuestro estudio.

Los valores personales influyen en la forma en que las personas enfrentan su vida cotidiana y como se relacionan con los demás. A su vez, para llevarlos a cabo, no requieren trato directo con los otros. Son muchos los autores que han hablado sobre los valores personales, Shalom Schwartz en 1992, formuló un modelo formado por 10 valores (logro, hedonismo, tradición, conformidad, estimulación, poder, seguridad, autodirección, universalismo y benevolencia), los cuales podían agruparse en tres: individuales, sociales y mixtos. Estos valores son universales, ya que se encuentran presentes en la mayoría de las culturas (Schwartz, 1992). Otros autores que han tenido en cuenta esta variable son Triandis, Hofstende y Rokeach. Los valores por lo tanto según Schwartz & Boehnke (2004) “forman una estructura jerárquica y constituyen un sistema ordenado de prioridades por lo que el análisis de esta estructura ha generado mucho interés entre los investigadores”. De esta manera, los valores personales se definen como “creencias subjetivas vinculadas a la emoción, de naturaleza abstracta con un componente motivacional, que representan objetivos deseables que se intentan alcanzar. Sirven de guía tanto para la acción como para la evaluación de comportamientos o sucesos que ocurren a nuestro alrededor” (Oliva *et al.*, 2011).

Son varias las investigaciones que se han realizado con esta variable como referencia, Kohn en 1969, encontró relación entre los valores que las personas poseían y el tipo de profesión ejercida. Por otro lado Martínez & García (2007), encontraron relación entre los valores y el nivel educativo y entre los valores de los adolescentes y la educación, bien de índole familiar o escolar.

En relación con lo anterior, la muestra que nos interesa para llevar a cabo esta investigación es la adolescencia, por eso consideramos los valores personales una variable de gran importancia, ya que según Erik Erikson (1968), la adquisición de valores se desarrolla en esta

etapa, la adolescencia, teniendo gran relevancia en la futura formación de la personalidad. Por lo tanto, a nivel escolar, la adquisición de valores ha constituido un objetivo dentro de las aulas.

Otro estudio relevante realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) encontró entre los jóvenes con valores hedonistas, disfrutar al máximo y preocupados por vivir el presente, más probabilidad de consumir drogas. En cambio, los valores prosociales y altruistas, eran características protectoras frente al consumo (Megías, 2001). Con lo cual en nuestro estudio incluiremos tanto aquellos valores que son piezas claves dentro del modelo de desarrollo positivo adolescente, como otros que pueden considerarse, contra-valores, pero que durante esta etapa de la adolescencia tienen una gran importancia (Oliva *et al.*, 2011). De esta manera, los valores personales serán la tercera variable que utilizaremos para nuestro estudio.

La finalidad de este proyecto de investigación, por lo tanto, es conocer las diferencias entre estrés, optimismo, autoestima y valores personales, en una muestra no clínica de adolescentes. Se estudiará como las variables antes mencionadas modifican la respuesta de estrés en esta población.

De esta forma, los objetivos que perseguimos en este trabajo serán los siguientes. Como objetivo principal indicamos: detectar las necesidades y recursos en la población adolescente. Mientras que como objetivos secundarios planteamos: describir el estado emocional de los participantes en el estudio, sus niveles de estrés, así como estudiar las relaciones entre optimismo, autoestima y valores personales. Ya que no se ha encontrado bibliografía que relacione exactamente estas variables con la etapa adolescente.

En la búsqueda de la literatura realizada no se han hallado estudios que relacionen estas variables en población adolescente, como queda indicado en líneas anteriores. De esta manera, los resultados esperados en relación, una vez más con la literatura, y teniendo en cuenta que no se han encontrado investigaciones previas, que unan para esta población en concreto estas variables, pronosticaremos las siguientes hipótesis:

Relación inversa entre estrés y optimismo: altas puntuaciones de estrés correlacionaran con bajas puntuaciones en optimismo. La segunda hipótesis sería que mayores niveles de estrés estarán relacionados con menores niveles de autoestima. La tercera hipótesis se basa en contrastar la relación entre los niveles de estrés y los valores personales. Por otro lado, la cuarta hipótesis mantiene que las mujeres tendrán diferentes niveles de estrés frente a los varones. La quinta hipótesis mantiene que las mujeres tendrán diferentes niveles de optimismo que los varones. La sexta hipótesis versa sobre cómo las mujeres tendrán diferentes niveles de autoestima que los varones. La séptima hipótesis mantiene que las mujeres tendrán diferentes valores personales que

los varones. Además, las hipótesis siguientes se relacionan con el nivel socioeconómico. La octava hipótesis mantiene que los participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes niveles de estrés que aquellos con un nivel socioeconómico medio. La novena hipótesis mantiene que los participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes niveles de optimismo que aquellos con un nivel socioeconómico medio. La décima hipótesis mantiene que los participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes niveles de autoestima que aquellos con un nivel socioeconómico medio. Y finalmente la undécima hipótesis mantiene que los participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes valores personales que aquellos con un nivel socioeconómico medio.

Método

Participantes

Participaron en este estudio 61 adolescentes voluntarios de ambos sexos pertenecientes al Colegio La Salle Sagrado Corazón de Madrid, con edades comprendidas entre los 16 y los 18 años ($M = 16.34$, $DT = 0.54$), de dos clases del colegio, 1ºA y 1ºC de Bachillerato.

En cuanto al sexo, lo formaban 23 hombres (38%) y 38 mujeres (62%). Donde el 82% pertenecían a un nivel socioeconómico medio y un 16% a un nivel alto. Las configuraciones familiares fueron variables, destacando aquellos participantes que tenían un hermano (60%), 20% de hijos únicos (0 hermanos) y 20% aquellos que tenían dos hermanos. Con respecto al lugar que ocupaban dentro de la familia, mayores (44%), medianos (10%) y menores (30%), los cuales vivían con sus padres y sus hermanos (75%), solo con sus padres (13%) y solo padre o madre (5%). Siendo un 86% los que indicaron no tener diagnóstico mental.

Materiales e Instrumentos

Se administró un breve cuestionario elaborado *ad-hoc* para recoger variables clínicas y sociodemográficas. Tales como: el sexo, la edad, la escolaridad, el nivel socioeconómico y la configuración familiar (número de hermanos, lugar que ocupa y con quién vive). Incluyendo a su vez variables clínicas: diagnóstico mental y tratamiento psiquiátrico activo. Además de las variables relevantes del estudio (estrés, optimismo, autoestima y valores personales), a través de los cuestionarios que se indicaran en las líneas siguientes.

Se administraron por lo tanto, una serie de cuestionarios validados para la población descrita y en relación a las variables explicadas en la introducción.

Escala de Magallanes de Estrés (E M E S T) (García, Magaz & García, 2011): consta de 15 ítems, validada en población adolescente, con un alfa de Cronbach de .82 (García, Magaz & García, 2011). Es un auto-informe, el cual mide las alteraciones fisiológicas asociadas al estrés, las cuales correlacionan con una respuesta de estrés mantenido. Con un sistema de respuesta: nunca- alguna vez- bastantes veces y muchas veces. Ya que tal y como indican los autores de la escala, García, Magaz & García, “la mayor dispersión de las puntuaciones permite discriminar mejor a los sujetos con problemas de estrés de los que no los tienen”. Mide de esta manera durante los últimos dos meses, situaciones indicadoras de estrés, y una acumulación progresiva de estas, lo cual si lo unimos a una mayor frecuencia, pueden ser referencia de si el sujeto se encuentra bajo estrés. El alpha de Cronbach para la muestra actual fue de .81.

Escala para la Evaluación del Optimismo (EQ-i: YV) (Bar-On & Parker, 2000), en la versión española de (Oliva *et al.*, 2011). La cual forma parte del Emotional Quotient Inventory Youth Version (EQ-i: YV) en su versión extensa, desarrollado para evaluar la inteligencia socioemocional (Bar-On & Parker, 2000). Se trata de una adaptación y reducción al castellano de la subescala Humor General. Posee ocho ítems puntuados en una escala tipo Likert de cinco puntos de 1 (Nunca) a 5 (Siempre), validada en adolescentes, con un alfa de Cronbach de .91. Evalúa la felicidad y el optimismo de la persona, “la capacidad para mantener una actitud positiva ante la vida y ver su lado positivo, así como la capacidad para sentirse satisfecho con uno mismo y los demás” (Oliva *et al.*, 2011). El alpha de Cronbach para la muestra actual fue de .87.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), adaptada para población española por Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo (2007). Se trata de una escala unidimensional compuesta por 10 ítems que sirve para evaluar la autoestima global del adolescente, con un formato de respuesta tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta, 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 4 (Totalmente de acuerdo). Validado por lo tanto para adolescentes españoles, con un alfa de Cronbach de .85 (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007). El alpha de Cronbach para la muestra actual fue de .82.

Escala de Valores para Adolescentes (Oliva *et al.*, 2011). Una escala *ad-hoc* con 24 ítems, validada para población adolescente, con formato de respuesta tipo Likert, la cual va de 1 (Nada importante) a 7 (Lo más importante). Presentando a su vez muy buenas características psicométricas. Esta escala queda dividida en tres subescalas globales: valores sociales, personales e individualistas, para los cuales los alfas de Cronbach respectivos son: .89, .89 y .80. Donde se pueden obtener puntuaciones parciales en: compromiso social, prosociabilidad, justicia e igualdad, honestidad, integridad, responsabilidad, reconocimiento social y hedonismo, tal y como indicábamos en la introducción (Oliva *et al.*, 2011). El alpha de Cronbach para la muestra actual

fue de .85. Así como de .84, .69, .79 para las tres subescalas globales: valores sociales, personales e individualistas respectivamente.

Procedimiento

Se trató de un estudio empírico con metodología cuantitativa, observacional, relacional, transversal.

Se envió la información general del proyecto al centro de enseñanza secundaria obligatoria, teniendo que rellenar un consentimiento informado tanto por parte de los padres, como por los menores; así como un modelo de autorización del centro.

Se estableció un único encuentro, de 50 minutos, con los participantes, con un tiempo para poder rellenar el protocolo de evaluación. Se administró en su clase habitual en la hora dedicada a tutoría, contando con la ayuda de la jefa de estudios y del profesor tutor. Se indicó que la información era confidencial, y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos considerasen, contando a lo largo de toda la recogida de información con la supervisión de la investigadora.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión. Criterios de inclusión: adolescentes de entre 12 y 18 años y firma del consentimiento informado. Mientras que los criterios de exclusión fueron: adolescentes que no comprendan el castellano.

Finalmente los datos recabados fueron sometidos a análisis estadístico a través del programa SPSS, versión 21. Donde los análisis de datos realizados fueron: los descriptivos pertinentes, correlación entre variables (Pearson) y t de Student para muestras independientes, comprobando los criterios de normalidad.

Resultados

Se realizaron a parte de los análisis propios, para establecer la fiabilidad y la validez de los instrumentos y los estadísticos descriptivos para poder indicar con que tipo de muestra estamos trabajando. Los cuales quedan descritos en el apartado de participantes, con los descriptivos pertinentes.

La siguiente tabla muestra un resumen de las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas, con la media, la desviación típica, los máximos y los mínimos en cada escala.

Tabla 1. *Resultados en las escalas para toda la muestra*

Escalas	n	M (DT)	Mínimo	Máximo
E M E S T	58	16.52 (7.29)	4	39
Optimismo	60	28.68 (5.20)	10	39
Autoestima	61	30.55 (4.60)	20	39
Valores Personales Total	58	124.37 (15.18)	86	163
Valores Sociales	59	44.83 (7.74)	23	61
Valores Personales	60	52.42 (5.94)	40	61
Valores Individualistas	60	26.83 (6.46)	8	42

Se comprobó previamente que se podía mantener la normalidad para todas las variables.

Con referencia a las primeras hipótesis, relación inversa entre estrés y optimismo: altas puntuaciones de estrés correlacionaran con bajas puntuaciones en optimismo. La segunda hipótesis, mayores niveles de estrés estarán relacionados con menores niveles de autoestima. Y la tercera hipótesis, relación entre los niveles de estrés y los valores personales, se realizó una *r* de Pearson.

Se encontraron relaciones significativas entre estrés y optimismo $r = -.481$, ($p < .001$); con un porcentaje de varianza común explicada del 23.13%; y entre estrés y autoestima, $r = -.463$, ($p < .001$), con un porcentaje de varianza común explicada del 21.43%.

Los valores personales se dividen en sociales, personales e individualistas, además de los subíndices de cada una de las tres subescalas. De esta manera tras realizar la *r* de Pearson no se encuentran relaciones significativas entre el estrés y los valores personales en los adolescentes, $r = -.078$, ($p > .05$), $R^2 = 0.60\%$.

Tabla 2. *Relaciones entre variables para toda la muestra*

Estadístico de Contraste (<i>r</i> de Pearson)		
Estrés- Optimismo	$r = -.481$, ($p < .001$)	$R^2 = 23.13\%$
Estrés-Autoestima	$r = -.463$, ($p < .001$)	$R^2 = 21.43\%$
Estrés- Valores Personales Total	$r = -.078$, ($p > .05$)	$R^2 = 0.60\%$

Para comprobar las hipótesis relacionadas con las diferencias entre hombres y mujeres, se realiza una *t* de Student para muestras independientes. Nos referimos a: la cuarta hipótesis, las mujeres tendrán diferentes niveles de estrés que los varones. La quinta hipótesis, las mujeres

tendrán diferentes niveles de optimismo que los varones. La sexta hipótesis, las mujeres tendrán diferentes niveles de autoestima que los varones y la séptima hipótesis, las mujeres tendrán diferentes valores personales que los varones.

De esta manera se observan diferencias significativas entre las puntuaciones en estrés, en el grupo de hombres ($M = 13.91$, $DT = 5.83$) y el grupo de mujeres ($M = 10.10$, $DT = 7.69$); $t(59) = 2.24$, $p = .028$. Con un tamaño del efecto $d = .53$, medio, según los criterios que rigen este estadístico.

Se realiza el mismo procedimiento con el resto de variables de nuestro estudio. Se observan diferencias significativas entre las puntuaciones en optimismo, en el grupo de hombres ($M = 30.47$, $DT = 5.54$) y el grupo de mujeres ($M = 27.60$, $DT = 4.73$); $t(59) = 2.15$, $p = .036$. Con un tamaño del efecto $d = .56$, medio, según los criterios que rigen este estadístico.

En las puntuaciones en autoestima, para el grupo de hombres ($M = 31.95$, $DT = 5.10$) y el grupo de mujeres ($M = 29.71$, $DT = 4.11$); $t(59) = 1.88$, $p = .06$, por lo que no se encuentran evidencias de diferencias entre las puntuaciones con respecto al sexo en función de la autoestima para esta población. Con un tamaño del efecto $d = .48$, medio, según los criterios que rigen este estadístico.

Con respecto a los valores personales, para el grupo de hombres ($M = 122.13$, $DT = 17.21$) y el grupo de mujeres ($M = 124.86$, $DT = 13.84$); $t(59) = 0.68$, $p = .49$, por lo que no se encuentran evidencias de diferencias entre las puntuaciones con respecto al sexo en función de los valores personales para esta población. Con un tamaño del efecto $d = .17$, pequeño, según los criterios que rigen este estadístico.

Con respecto a las hipótesis relacionadas con las diferencias en los niveles socioeconómicos; se realiza un t de Student para muestras independientes. Nos referimos a: la octava hipótesis, aquellos participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes niveles de estrés que aquellos con un nivel socioeconómico medio. La novena hipótesis, aquellos participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes niveles de optimismo que aquellos con un nivel socioeconómico medio. La décima hipótesis, aquellos participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes niveles de autoestima que aquellos con un nivel socioeconómico medio. Y finalmente, la undécima hipótesis aquellos participantes con un nivel socioeconómico alto tendrán diferentes valores personales que aquellos con un nivel socioeconómico medio.

Para comprobar si el nivel socioeconómico influye en los niveles de estrés se realiza un t de Student para muestras independientes. Para el grupo de nivel socioeconómico medio ($M = 17.08$, $DT = 7.54$) y el grupo de nivel socioeconómico alto ($M = 14.30$, $DT = 5.86$); $t(58) = 1.09$, $p = .27$, por lo que no se encuentran evidencias de diferencias entre las puntuaciones con respecto

al nivel socioeconómico en función de los niveles de estrés en la escala. Con un tamaño del efecto $d = .41$, medio, según los criterios que rigen este estadístico.

Analizando las diferencias con respecto al nivel socioeconómico en el optimismo, se obtiene para el grupo de nivel socioeconómico medio ($M = 28.48$, $DT = 5.35$) y el grupo de nivel socioeconómico alto ($M = 29.50$, $DT = 4.76$); $t(58) = 0.55$, $p = .57$, por lo que no se encuentran evidencias de diferencias entre las puntuaciones con respecto al nivel socioeconómico en función de los niveles de optimismo en la escala. Con un tamaño del efecto $d = .20$, pequeño, según los criterios que rigen este estadístico.

Con respecto a la autoestima, se obtiene para el grupo de nivel socioeconómico medio ($M = 30.40$, $DT = 4.69$) y el grupo de nivel socioeconómico alto ($M = 31.10$, $DT = 4.48$); $t(58) = 0.43$, $p = .66$, por lo que no se encuentran evidencias de diferencias entre las puntuaciones con respecto al nivel socioeconómico en función de los niveles de autoestima en la escala. Con un tamaño del efecto $d = .15$, pequeño, según los criterios que rigen este estadístico.

Con respecto a los valores personales, se obtiene para el grupo de nivel socioeconómico medio ($M = 123.38$, $DT = 13.82$) y el grupo de nivel socioeconómico alto ($M = 128$, $DT = 20.58$); $t(58) = 0.88$, $p = .66$, por lo que no se encuentran evidencias de diferencias entre las puntuaciones con respecto al nivel socioeconómico en función de los valores personales. Con un tamaño del efecto $d = .26$, pequeño, según los criterios que rigen este estadístico.

Tabla 3. *Diferencias en función del sexo (hombres: 23; mujeres: 38)*

Estadístico de contraste (t de Student) y descriptivos	
Estrés	$t(59) = 2.24$, $p = .028$; $d = .53$
Mujeres	$M = 10.10$, $DT = 7.69$
Varones	$M = 13.91$, $DT = 5.83$
Optimismo	$t(59) = 2.15$, $p = .036$; $d = .56$
Mujeres	$M = 27.60$, $DT = 4.73$
Varones	$M = 30.47$, $DT = 5.54$
Autoestima	$t(59) = 1.88$, $p = .06$; $d = .48$
Mujeres	$M = 29.71$, $DT = 4.11$
Varones	$M = 31.95$, $DT = 5.10$
Valores Personales Total	$t(59) = 0.68$, $p = .49$; $d = .17$
Mujeres	$M = 124.86$, $DT = 13.84$
Varones	$M = 122.13$, $DT = 17.21$

Tabla 4. *Diferencias en función del nivel socioeconómico (medio: 50; alto: 10)*

	Estadístico de contraste (t de Student) y descriptivos
Estrés	t (58) = 1.09, p = .27; d = .41
Nivel Medio	M = 17.08, DT = 7.54
Nivel Alto	M = 14.30, DT = 5.86
Optimismo	t (58) = 0.55, p = .57; d = .20
Nivel Medio	M = 28.48, DT = 5.35
Nivel Alto	M = 29.50, DT = 4.76
Autoestima	t (58) = 0.43, p = .66; d = .15
Nivel Medio	M = 30.40, DT = 4.69
Nivel Alto	M = 31.10, DT = 4.48
Valores Personales Total	t (58) = 0.88, p = .66; d = .26
Nivel Medio	M = 123.38, DT = 13.82
Nivel Alto	M = 128, DT = 20.58

Conclusiones y Discusión

El objetivo del presente estudio fue detectar necesidades y recursos en la población adolescente y así poder observar el perfil en esta población, para potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo. De esta manera se encuentra una relación significativa entre el estrés y el optimismo, además de entre el estrés y la autoestima. Por lo que altas puntuaciones de estrés correlacionaran con bajas puntuaciones tanto en optimismo, como en autoestima. Lo que nos permite indicar la importancia del estrés en relación con otras variables.

Por lo que en relación a lo que indicábamos en la introducción autores como Singh *et al.* (2011), incidían en la importancia entre el estrés, la ansiedad y la respuesta fisiológica en las personas. Lo cual lo compartimos también en nuestro estudio, ya que modificar la respuesta de estrés nos ayudará a aumentar los niveles de optimismo y autoestima. Con la necesidad de potenciar estos recursos en los adolescentes. Además no somos los primeros investigadores que relacionan el estrés con la autoestima, Xiang, Tan, Kang, Zhang & Zhu (2019), encontraron a su vez conexión entre estas dos variables.

Por otro lado, no se encuentran relaciones significativas entre el estrés y los valores personales. Es cierto que es una muestra reducida, muy homogénea con respecto a lo que a edad se refiere, no abarcando todo el espectro de la adolescencia. Además se limita solo a la Comunidad de Madrid, en un barrio concreto, con unas características determinadas, por lo que sería recomendable replicar el estudio pudiendo abarcar una muestra más representativa, lo cual lo discutiremos en líneas posteriores. Pudiendo ser este uno de los motivos por los cuales no se hayan encontrado relaciones entre el estrés y los diferentes tipos de valores personales (sociales, personales e individualistas).

De esta manera, con referencia a la segunda línea de hipótesis, las cuales inciden sobre las diferencias en función del sexo, encontramos una congruencia de nuestros resultados con los que indicaban diversos autores.

Hayamos como las mujeres del estudio tienen mayores niveles de estrés que los hombres, tal y como obtuvieron en su estudio de 2010, Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols. Los cuales muestran como las mujeres tienen más trastornos mentales, relacionados con la ansiedad y el estrés, lo cual corroboramos en la presente investigación. Por otro lado y en relación con lo anterior, vemos como los niveles de optimismo son mayores en los hombres.

Sin embargo, en nuestro estudio, en contra posición con lo que encontraron Marchant, Milicic, García & José (2017), no vemos diferencias significativas entre el ser hombre o mujer y tener diferentes niveles de autoestima. En cambio ellos muestran la relación entre la autoestima y el género y como las mujeres tienen puntuaciones inferiores que las de los hombres. Es cierto, como indicábamos anteriormente, que nuestro estudio posee una muestra muy reducida, además que no es representativa de los adolescentes españoles, ya que pertenece a una Comunidad Autónoma concreta y a un único colegio. Por lo que sería conveniente para futuras investigaciones ampliar la muestra en cuestión. Al igual que no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, para los valores personales, lo cual puede explicarse como hemos comentado anteriormente debido a las limitaciones en la muestra obtenida.

Por otro lado, quisimos relacionar el nivel socioeconómico con las variables objeto de estudio; ya que autores como Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols (2010), indican cierta relación entre el nivel socioeconómico bajo y un mayor incremento en los niveles de estrés. En nuestro estudio no hemos encontrado tales diferencias. Es cierto que se registraron cinco niveles socioeconómicos, de los cuales solo se recogió evidencia empírica de dos de ellos: medio y alto. Con una *n* de 50 y 10 respectivamente. Por lo que los datos son muy reducidos para poder hacer unos análisis congruentes, de ahí la posible falta de diferencias significativas. De esta manera, no se han observado diferencias para el nivel socioeconómico medio y alto, en ninguna de las variables objeto de estudio, lo cual puede explicarse por las características de la muestra como mostrábamos en líneas anteriores. Existen autores como Eaton *et al.* (2008), que relacionan los momentos de crisis económica, con el aumento de las enfermedades mentales. Lo cual sería interesante replicarlo es un estudio longitudinal, comprobando los diferentes momentos económicos de una familia y como se modifican sus niveles de estrés, optimismo y autoestima, entre otros.

Podemos indicar que el estrés está relacionado con dos variables de bienestar psicológico (optimismo y autoestima). Además de como las mujeres tienen mayores puntuaciones en estrés y menores en optimismo. Lo cual nos lleva a cuestionarnos qué implicaciones prácticas podrían tener estos resultados.

El estudio que planteamos es novedoso y con gran relevancia y de esta manera nos lleva a pensar que sería importante promover programas de prevención psicoeducativos para los adolescentes, los cuales comenzarían en primaria y continuarían a lo largo de toda su trayectoria académica. Realizándose a la vez que el programa curricular propuesto para cada año académico. Sería pertinente llevarlo a cabo, no solo para los adolescentes, si no, para padres y profesores. Ya que el entorno escolar es el lugar donde los adolescentes pasan la mayoría del tiempo, viendo la importancia del modelo por parte del personal responsable en las aulas. Así como el lugar donde se incrementan los niveles de estrés (Singh *et al.*, 2011). Por lo que proponer programas de prevención empezando en los primeros cursos de la escolarización, adaptados a la edad de los participantes, sería una estrategia para proteger a nuestros adolescentes y de esta manera empoderarlos.

Además sería pertinente hacer distinciones según el sexo, ya que en la literatura se habla de diferencias en función de esta variable para las enfermedades mentales. Podemos plantearnos, que quizá estas diferencias se deban a la cultura occidental y a los valores enseñados en ella. Las enseñanzas que se inculcan quedan mediatizadas por el género y por consiguiente, lo que esto puede acarrear para las futuras generaciones. La forma que tenemos de relacionarnos con los menores, hará que estos se formen en un sentido o en otro, con el desarrollo de diversos patrones y comportamientos. Por lo que una perspectiva de programas atendiendo a diferentes ejes del microsistema de los menores, teniendo en cuenta las diferencias de sexos, sería una estrategia muy potente para prevenir futuras enfermedades mentales y trastornos psicológicos.

Por otro lado, sería interesante el trabajo con variables transversales en espacios formales, por consiguiente, potenciar los recursos en esta etapa tan relevante como es la adolescencia. A su vez, intervenciones en psicología positiva, con el mismo objetivo que perseguimos, potenciación de recursos y la disminución de los niveles de estrés. Reduciendo de esta manera las diferencias entre hombres y mujeres. Mejorando por lo tanto en el futuro las intervenciones con esta población. Si conocemos sus fortalezas podremos potenciarlas, así como la reducción de las flaquezas al dominarlas.

Como hemos ido comentando hasta el momento, el estudio que presentamos tiene varias limitaciones. Por un lado la muestra obtenida es escasa ($n= 61$) y en relación a esto, la poca representatividad de la misma, ya que pertenece a un único colegio por lo que solo queda registrada una única Comunidad Autónoma. Además de datos recogidos en un solo curso escolar, por lo que la edad es homogénea para todos los participantes. El tiempo para recoger tales datos fue muy breve, lo que nos llevó a simplificar la recogida de información. A su vez se pretendía llevar a cabo un estudio cuasi experimental, donde se comparase una muestra no clínica con una

muestra de adolescentes oncológicos, lo cual por el tiempo para la recogida de información, no fue posible realizarlo. Por otro lado, una de las fortalezas que podemos destacar de nuestro estudio es el gran número de variables que se han registrado: estrés, optimismo, autoestima y valores personales. Así como la obtención de diversas variables tanto sociodemográficas como clínicas. Lo que nos permite estudiar múltiples relaciones, perfiles y factores de riesgo y de protección en la población adolescente.

Para finalizar, cómo perspectivas futuras, se pretende realizar dicho proyecto de investigación cuasi- experimental de comparación entre grupos, para poder comprobar los recursos y las fortalezas en diferentes tipos de usuarios y ver si estas variables se manifiestan de la misma manera independientemente del estado de salud en la que se encuentren los participantes. Además, tal y cómo hemos ido comentando, sería interesante ampliar la muestra, tanto en cantidad como en representatividad. Abarcando más Comunidades Autónomas, diferentes tipos de colegios; públicos, privados, concertados, tanto laicos como religiosos. Y diferentes cursos académicos, para obtener una muestra, en relación con la edad heterogénea, teniendo acceso a todo el rango de la adolescencia (12- 18 años). Con el fin de establecer comparaciones entre grupos de edad y comprobar las diferencias en los niveles de estrés, optimismo, autoestima y valores personales. Además de ver si el sexo media las diferencias en los distintos grupos de edad, tal y como nos indican Jiménez, Montorio & Izal (2017). Recogiendo un mayor número de muestra, podríamos tener más datos relacionados con variables sociodemográficas, lo que sería de gran utilidad para comparar grupos en función del nivel socioeconómico en el que se encuentren. Introduciendo además las configuraciones familiares para establecer diferencias significativas en función de estas y el estrés, optimismo, autoestima y los valores personales. Con la posibilidad de proponer relaciones diferentes en futuras investigaciones entre las variables recogidas en esta investigación.

Sería relevante por lo tanto, la generalización del estudio con lo que a situaciones y participantes se refiere. Se podría hacer un estudio longitudinal, viendo como en diferentes momentos del curso escolar aumentan o disminuyen los niveles en las variables interesantes para nuestro estudio: estrés, optimismo, autoestima y valores personales. Viendo una vez más como el colegio es eje conductor de los diferentes momentos de importancia en los menores. Se podría también plantear una línea de investigación que relacionase participantes no escolarizados y escolarizados, comprobando diferencias entre ellos. A su vez, llevar a cabo un proyecto que englobase a los padres, sus relaciones parentales y las diferentes características sociodemográficas con los niveles de estrés, optimismo, autoestima y valores personales en los menores.

Por lo tanto, ha quedado demostrado cómo el estrés está relacionado con el bienestar psicológico y cómo existen diferencias en función del sexo. Se pretendía obtener un perfil de riesgo para el posterior empoderamiento de estos menores, lo cual queda indicado en los resultados del estudio. Tendremos que tener en cuenta el hecho de ser mujer y trabajar para reducir los niveles de estrés, de tal manera que aumente el optimismo y la autoestima. Si cuidamos y protegemos a nuestros adolescentes, tal y cómo indicábamos al comenzar este proyecto, estaremos invirtiendo en el futuro, reduciendo costes en salud mental y en beneficio para una sociedad diferente, preocupada por los individuos que la componen.

“No siempre podemos construir el futuro de nuestra juventud, pero podemos construir nuestros jóvenes para el futuro” (Roosevelt, 1999).

Referencias

- Acosta, M. (1998). *Dimensiones psicológicas del aprendizaje*. Huelva: Hergué.
- Baldwin, S. A., & Hoffmann, J. P. (2002). The dynamics of self-esteem: A growth-curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 101-113.
- Bar-On, R. (1988). *The development of a concept of psychological well-being* (Unpublished doctoral dissertation). Rhodes University, South Africa.
- Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., & Silva, P. A. (1996). Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 8(4), 811-829.
- Bayés, R. (2000). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Chesler, M., & Barbarín, O. (1987). *Childhood cancer and the family: Meeting the challenges of stress and support*. New York: Brunner- Mazel.
- Collell, J., & Escudé, C. (2006). El acoso escolar: un enfoque psicopatológico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 9-14.
- De La Barra, M. F., Vicente, P. B., Saldivia, B. S., & Melipillán, A. R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529.

- Die, M. (2000). El reto de enfrentarse a un cáncer infantil: Trastornos psicológicos y psiquiátricos más frecuentes y su tratamiento. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología* (pp. 109-136). Barcelona: Nova Sidonia – Oncología.
- Die, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: ADES.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D., & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 1-14.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- García, E., Magaz, A., & García, R. (2011). *E M E S T. Escala de Magallanes de Estrés*. Vizcaya: Albor-Cohs.
- Jiménez, M. G., Montorio, I., & Izal, M. (2017). The association of age, sense of control, optimism, and self-esteem with emotional distress. *Developmental psychology*, *53*(7), 1398-1403.
- Kashami, J., & Hakami, N. (1982). Depression in children and adolescents with malignancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *27*, 474-477.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, *14*, 1-26.
- Kohn, M. L. (1969). *Class and conformity*. Homewood: Dorsey.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (1993). *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Marchant, T., Milicic, N., García, P., & José, M. (2017). La autoestima en alumnos de 3º a 8º básico: Una mirada por nivel de escolaridad y género. *RIEE. Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, *10*(2), 111-125.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self- Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(2), 458-467.
- Martínez, M., Buelga, S., & Cava, M. J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, *38*(2), 293-303.

- Martínez, I., & García, J. F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*, 338-348.
- Megías, E. (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD.
- Musitu, G., & Román, J. M. (1983). Autoconcepto e integración social en el aula. *Universitas Tarraconensis*, *1*, 27-36.
- Navarro-Pardo, E., Moral, J. C. M., Galán, A. S., & Beitia, M. D. S. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, *24*(3), 377-383.
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M., Ríos, M., Parra, A., Hernando, A., & Reina, M. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Recuperado de http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_recursos/201241812465364.pdf
- Pope, A. W., Mac-Hale, S., & Craighead, W. E. (1996). *Mejora de la autoestima: técnica para niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rauch, W. A., Schweizer, K., & Moosbrugger, H. (2007). Method effects due to social desirability as a parsimonious explanation of the deviation from unidimensionality in LOT-R scores. *Personality and Individual Differences*, *42*, 1597-1607. doi:10.1016/j.paid.2006.10.035.
- Roosevelt, F. (1999). *Great speeches*. Nueva York: Dover.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent self-image*. Princeton: University Press.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandi, C., Venero, C., & Cordero, M. I. (2001). *Estrés, Memoria y Trastornos Asociados*. Barcelona: Ariel.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247.

- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-65). New York: Academic Press.
- Schwartz, S. H., & Boehnke, K. (2004). Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality, 38*, 230-255.
- Šeboková, G., Uhláriková, J., & Halamová, M. (2018). Cognitive and Social Sources of Adolescent Well-being: Mediating Role of School Belonging. *Studia Psychologica, 60*(1), 16-29.
- Singh, R., Goyal, M., Tiwari, S., Ghildiyal, A., Nattu, S., & Das, S. (2011). Effect of examination stress on mood, performance and cortisol levels in medical students. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology, 56*(1), 48-55.
- Stehbens, J. A., & Lascari, A. D. (1974). Psychological follow-up of families with childhood leukemia. *Journal of Clinical Psychology, 30*, 394-397.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. New York: Norton.
- Tillmann, S., Tobin, D., Avison, W., & Gilliland, J. (2018). Mental health benefits of interactions with nature in children and teenagers: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 72*, 958-966.
- Wolfe, J., Orellana, L., Ullrich, C., Cook, E. F., Kang, T. I., Rosenberg, A., Geyer, R., Feudtner, C., & Dussel, V. (2015). Symptoms and distress in children with advanced cancer: prospective patient reported outcomes from the PediQUEST study. *Journal of Clinical Oncology, 33*(17), 1928-1938.
- Wolff, S. (1985). *Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamiento*. México: Siglo XXI.
- Woolfolk, A. E. (1996). *Psicología educativa*. México. Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A.
- Xiang, Z., Tan, S., Kang, Q., Zhang, B., & Zhu, L. (2019). Longitudinal effects of examination stress on psychological well-being and a possible mediating role of self-esteem in Chinese high school students. *Journal of Happiness Studies, 20*, 283-305.