



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL DE TEJUPILCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TÍTULO:

**SALUD MENTAL POSITIVA EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA
DE TEJUPILCO, MÉXICO**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

OSIRIS BENÍTEZ BENÍTEZ

No. DE CUENTA:

1528913

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. EN. PSIC. ERIKA MAGALI JAIMES PÉREZ

TEJUPILCO, MÉXICO, MARZO 2022

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar el nivel de salud mental positiva en maestros de educación básica de Tejupilco, México. Para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo y es de tipo no experimental transversal ya que se midió la variable en su contexto natural y la aplicación del instrumento fue en un tiempo y momento único.

La población fue a docentes de educación básica de Tejupilco y la muestra es de tipo no probabilística e intencional, ya que se trabajó con 30 maestros de educación básica de Tejupilco, México de la Escuela Primaria México 68. Los cuales debían ser originarios del mismo municipio; siendo evaluados por la Escala para medir la Salud Mental Positiva de Luch (1999). Para el proceso de la información se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0, mismo que se utilizó para el análisis de frecuencias y porcentajes.

Al evaluar el nivel de salud mental positiva en los maestros de educación básica resultó un 23% en nivel bajo, 54% nivel moderado y un 23% en nivel alto. El nivel de la satisfacción personal arrojó un 27% en nivel bajo, un 63% en nivel moderado y un 10% en nivel alto. El nivel de autocontrol manifestó un 23% en nivel bajo, 64% nivel moderado y un 13% nivel alto. Y el nivel de autonomía mostró un 37% en nivel bajo, 56% nivel moderado y 7% nivel alto.

Palabras clave: salud, mental, positiva, educación, básica, maestros.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the positive mental health in Basic Education teachers in Tejupilco, México. For this, a descriptive and cross-sectional non-experimental study was implemented, since its variable was measured in its natural context and the instrument implementation was carried out in a single moment.

The study population consisted of 30 teachers belonging to basic education in Tejupilco and the sample type is not probabilistic and intentional since it included 30 basic education teachers from Tejupilco, México, who work in the “Mexico 68 Primary School”, which should be from the same municipality and who were evaluated with Luch (1999) Scale to measure the Positive Mental Health. It was used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 to process the information and for the frequency and porcentage analysis.

The results from the evaluation of basic education teachers regarding the positive mental health level are the following: a 23% in low level, 54% in moderate level, and a 23% in high level. The personal satisfaction level showed a 27 % in low level, 63% in moderate level, and a 10% in high level. The self-control level reflected a 23% in low level, 64% in moderate level and a 13% in high level. Finally, the autonomy level result indicated a 37% in low level, 56% in moderate level, and a 7% in high level.

Key words: positive, mental, health, basic, education, teachers.

PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tienen valor por sí mismas (OMS, 2001).

El presente trabajo de investigación que lleva por nombre, salud mental positiva en maestros de educación básica de Tejupilco, México, está compuesto por dos apartados los cuales son: el marco teórico para darle el sustento necesario a la investigación y el segundo apartado es el método. A continuación, se presenta como está estructurado.

El marco teórico está compuesto por el capítulo llamado salud mental positiva donde se encuentran los antecedentes, el concepto, los factores según Jahoda: actitudes hacia sí mismo, crecimiento y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno. Así como los factores del instrumento que se utilizó: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, habilidades de relación interpersonal, importancia de la salud mental positiva. Y un apartado enfocado a la salud mental positiva en maestros

El método está conformado por un objetivo general y seis específicos en junto con el planteamiento del problema en el cual se detalla la situación del estudio surgiendo una pregunta de investigación. Posteriormente, se establece el tipo de estudio, se define la variable estudiada, se explica el diseño de la investigación, se describe la población y muestra, para posteriormente encontrar los resultados explícitos en gráficos, enseguida se encuentra la discusión para finalmente mencionar las conclusiones y sugerencias a las que se llegaron al finalizar este estudio, para terminar con las referencias de las cuales se dio uso para el sustento teórico.

INTRODUCCIÓN

El tema de la salud mental abarca muchas áreas en la vida del ser humano y debido a la reciente incorporación de las condicionantes de carácter mental en el concepto de salud resulta importante al abordaje de estudios acerca de la situación de salud mental en diversas poblaciones y grupos integrados por seres humanos con características determinadas, resultando la salud mental positiva y productiva en la sociedad, realizando acciones encamisadas al fortalecimiento y progreso de la misma (González, 2010).

“La salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico, que capacita al individuo para enfrentar a las demandas de la sociedad con entusiasmo y alegría” (González, 2010). Por tanto, un individuo que goza de salud mental, no es solamente aquel que no tiene las enfermedades típicas de su profesión como estrés, desgaste físico, depresión, sino aquel que goza con eficiencia de sus labores, está feliz y satisfecho con las actividades que realiza a diario (González, 2010).

En general, la salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en lo social, psicológico y biológico. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermedades mentales, los cuales en los países desarrollados y en vías de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación. La asociación entre pobreza y trastornos mentales parece ser universal, ocurre en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo. Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales (Patel & Kleinman, 2003).

La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, y los valores culturales. Está influenciada por experiencias de la vida diaria, experiencias de la familia, escuela, en las calles y en el trabajo (Lehtinen & Riikonen, 1999).

La salud mental de cada persona afecta a su vez la vida de cada uno de estos dominios, por lo tanto, la salud de una comunidad o población. Los estudios etnográficos en los países en vías de desarrollo muestran como los ambientales y entornos sociales, configuran la experiencia local y la salud mental de las comunidades (Parkar, Fernandez & Weiss, 2003). Algunos de los estudios más recientes en las diferentes áreas de la genética, neurociencia, ciencias sociales y salud mental, involucran elaboraciones de ideas con respecto al impacto que ejercen de la sociedad.

Las enfermedades mentales son comunes y universales. A nivel mundial, los trastornos mentales y de conducta representaban en 1990 el 11% de la carga total de enfermedad, expresado en términos de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) En las últimas décadas, la carga de enfermedad mental ha aumentado en comparación con las ganancias globales en salud de las poblaciones a nivel mundial (OMS, 2001).

Esta falta de atención basada por lo menos en parte, en la confusión y falsas suposiciones acerca de conceptos separados de salud mental y enfermedad mental. Hasta el momento, el estigma que prevalece sobre el concepto de enfermedad mental, ha motivado el uso de eufemístico del término “salud mental” para describir los servicios de tratamiento y apoyo a personas con trastornos mentales y otros asuntos relacionados con los problemas de salud mental. Este uso contribuye a la confusión existente con respecto al concepto de salud mental, así como al concepto de enfermedad mental (Einsenberg, 1998).

En la investigación realizada en Oviedo, España por Álvarez (2003) las definiciones que se han dado acerca de salud pueden agruparse en dos categorías: la primera, aquellas que consideran la salud como un estado ideal del organismo, la segunda las que llaman a la salud como una tendencia valorada universalmente como positiva. Se deben destacar tres características esenciales para acercarse al concepto de salud:

- El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente, sino que es esencialmente variable.
- No puede establecerse un límite definido y drástico entre salud y enfermedad. Existen diversos niveles sobre los que tampoco pueden establecerse criterios fijos.
- El concepto de salud implica la consideración de tres componentes
 - Subjetivo (creencia y percepción del bienestar)
 - Objetivo (funcionalidad orgánica)
 - Adaptativo (integración bio-psico-social)

ÍNDICE

RESUMEN	
PRESENTACIÓN	
INTRODUCCIÓN	
Marco teórico.....	15
CAPITULO I: SALUD MENTAL POSITIVA	15
1.1. Antecedentes.....	15
1.2. Concepto de salud mental positiva.....	21
1.3. Factores de la salud mental positiva de Jahoda.....	24
1.3.1. Actitudes hacia sí mismo.....	24
1.3.2. Crecimiento y autoactualización.....	24
1.3.3. Integración.....	25
1.3.4. Autonomía.....	25
1.3.5. Percepción de la realidad.....	25
1.3.6. Dominio del entorno	25
CAPITULO II: FACTORES DE LA SALUD MENTAL DE LUNCH.....	26
2.1 Factores de la salud mental de Luch.....	26
2.2 Satisfacción personal.....	26
2.3 Actitud prosocial.....	28
2.4 Autocontrol.....	34
2.5 Autonomía.....	37
2.6 Resolución de problemas y autoactualización.....	40
2.7 Habilidades de relación interpersonales.....	42
2.8 Importancia de la salud mental positiva.....	44
2.9 Salud mental positiva en maestros.....	47
MÉTODO.....	55
• Objetivos.....	55
• Objetivo general.....	55
• Objetivos específicos.....	55
• Planeamiento del problema.....	55
• Tipo de estudio	57

• Variable.....	57
• Definición conceptual	57
• Definición operacional	57
• Diseño de la investigación	57
• Población.....	57
• Muestra.....	58
• Instrumento	58
• Captura de la información	59
• Procesamiento de la información.....	60
RESULTADOS	61
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	73
SUGERENCIAS.....	75
REFERENCIAS.....	76

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental (Jahoda, 1978).

El término profilaxis mental acaba diluyéndose y se consolida el de higiene mental que surge en Estados Unidos con la publicación que C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental) en 1908. Este explica sus propias experiencias en la asistencia psiquiátrica y, sobre todo, lo que es más importante, sobre posibles soluciones, estableciendo así la base para un nuevo enfoque de la enfermedad mental: el de la prevención. En Nueva York, se crea, auspiciado por Adolfo Meyer, psiquiatra de gran prestigio, el primer Comité de Higiene Mental. Progresivamente fueron creándose diferentes Comités en distintas ciudades americanas y finalmente en 1917 se funda la Junta Nacional de Higiene Mental (Jahoda, 1978).

En 1922, se celebró un Congreso Internacional en París, que despertó el interés de muchos países y generó un movimiento de Ligas de Higiene Mental y de encuentros científicos. La Liga Española de Higiene Mental se fundó en 1927 en Madrid, entre otras actividades importantes, consiguió que en 1932 se creara la Sección de Higiene Mental en el Departamento de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. De ello se derivó un avance sustancial del movimiento de higiene mental que fue la creación de los Dispensarios Higiene Mental, donde se empezó a aplicar la intervención de tipo ambulatorio (Johoda, 1978).

Este movimiento fue configurando una tendencia progresista hacía la comprensión de la salud mental desde una perspectiva que enfatizaba la prevención. Esta tendencia se fue ampliando progresivamente y catalizó un nuevo movimiento, que pretendía ir más allá de la simple prevención, centrando su objetivo en la promoción

y el fomento de la salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial (Johoda, 1978).

Los avances científicos, unidos a un cambio de actitud social, fueron definiendo un nuevo enfoque de la salud mental, basado en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta concepción empiezan a surgir los principios de prevención y rehabilitación, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante (Abella, 1963, 1981; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Linares, 1981; Rigol, 1991).

En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los EE.UU., en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante en Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos (Linares, 1981).

En España, la concepción comunitaria se instauró con el decreto del 24 de octubre de 1983, que derogó el antiguo decreto de 1931, y con la aparición, en abril de 1985, del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). En este informe se elaboraron las recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma psiquiátrica, haciendo énfasis en la psiquiatría comunitaria y en la creación de servicios agudos en los hospitales generales. También se estableció un calendario para la progresiva supresión de los viejos manicomios. Estas recomendaciones quedaron reconocidas en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, capítulo III, artículo veinte (Gracia-Guillen, 1990).

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica. Es evidente que se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma. Sin embargo, no se han desplegado todos los recursos necesarios y -aunque la salud mental ha sido un capítulo económico "bien tratado" en los diferentes presupuestos sanitarios- todavía quedan asignaturas pendientes por resolver. Proyectar el cierre de las instituciones "manicomiales" implica crear recursos alternativos que suponen una gran inversión socioeconómica (García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998).

Por ello, algunas autonomías han preferido aplicar la Reforma Psiquiátrica bajo un modelo mixto, o cuando menos, con prudencia y manteniendo algunas instituciones hospitalarias abiertas. Una alternativa interesante ha sido la reconversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades de servicios de salud mental, aprovechando así unos espacios ya existentes y adaptándolos a los nuevos requerimientos (Vera, 2006).

Pichot (1997) señala que en los últimos años se ha reducido considerablemente la duración media de la hospitalización de los enfermos mentales, tanto por los avances en los tratamientos farmacológicos como por los recursos comunitarios alternativos. Sin embargo, ha aparecido un fenómeno nuevo, denominado "puerta giratoria". Es decir, los enfermos tienen una estancia hospitalaria menor, pero sufren un mayor número de ingresos.

En un estudio reciente, sobre hospitalizaciones repetidas, realizado en los países nórdicos, encontraron que en el periodo de un año el 33% de una muestra de 2,454 pacientes tratados a nivel comunitario, tuvieron que ser ingresados en el hospital al menos una vez y de éstos, el 23% ingresaron en repetidas ocasiones (entre 2 y 7 veces). Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o "saludables" (Saarento,

Christiansen, Göstas, Hakko, Lönnerberg, Muus, Sandlund, Öiesvold, y Hansson, 1999).

Doyal e Ian (1989) definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido. En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera bueno”.

El argumento desemboca en las necesidades básicas: Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas). La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la salud física. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica (Doyal y Gough 1970).

Según Doyal y Gough (1970) el nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello. Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes.

Según Fisher (1984) los gobiernos integran sistemas nacionales de salud, que dan atención a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población atención suficiente y adecuada.

Dentro de las premisas que rigen las acciones del Sector Salud en nuestro país, el Programa de Salud 2000-2006 menciona:

- a) La buena salud como objetivo de desarrollo y condición indispensable para alcanzar igualdad de oportunidades.
- b) La salud, junto con la educación, es el componente central del capital humano, capital más importante de individuos y naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer al individuo y a la sociedad para procurar y acrecentar sus medios de vida.
- c) Dado su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública, y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben seguir. En este sentido, se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables. Cabe mencionar, con base en lo expuesto, que cuando se habla de salud, la palabra generalmente remite a la prevención y atención a las enfermedades, o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto conlleva, que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructura se encuentren encaminados a atender este aspecto: el abordaje biológico y físico, y menos el mental.

El ser humano no solo es soma, sino también psique, por lo que es preciso considerar todos los elementos que integran a la salud. Es decir, entender al humano como un ente bio- psico - social, con una visión integral, comprendiendo que existen varios aspectos que forman parte de un solo fenómeno. Tradicionalmente la salud del hombre ha sido pensada en lo relativo en sus aspectos biológicos, mientras que a las cuestiones mentales: de personalidad o psicológicas, no se les ha dado la misma importancia. Así se requiere ser sano, física y mentalmente (Fisher, 1986).

Martín Seligman (1900) activista en la década de los 90's en la dirección de la Asociación Americana de Psicología, que introduce los temas positivos de las personas, como interés central de la Psicología Humana; así mismo Mihaly

Csikszentmihalyi (director del departamento de psicología de la Universidad de Chicago) y Jahoda (1958); esta última publicó la monografía *Current concepts of positive mental health*. que plantea un modelo de 6 criterios o factores generales y 16 dimensiones o factores específicos que mide la salud mental positiva.

En los últimos veinte años, dichos psicólogos han sido catalogados como fundadores de este enfoque, ejerciendo especial influencia en la denominada nueva psicología. Cabe señalar que desde los orígenes de la psicología, los filósofos clásicos se interesaron por las características positivas de las personas, precisando que a Sócrates y Aristóteles, los valorizamos como los más destacados, remitiéndonos a los escritos relacionados con su obra, utilizan el término eudaimonia, para referirse a la felicidad; posteriormente y en el siglo pasado encontramos psicólogos que abordan el tema, como Abraham Maslow y Carl Rogers, que estructuran la corriente llamada psicología humanista; llegando a la actualidad con el interés de establecer principios en el marco del método científico (Gilham y Seligman, 1999).

El otro aspecto de la investigación está referido a la competencia comunicativa, particularmente asociadas a las habilidades de pensamiento; esto último investigada por Nickerson, Perkins y Smith (1985) en su obra *Enseñar a pensar y la investigación, perspectivas para enseñar a pensar*; aspectos que los asociamos a la competencia y específicamente al perfil de competencias. La competencia la conceptuamos como la capacidad de actuar con eficiencia y satisfacción sobre un aspecto de la realidad personal, social, moral o simbólica, agregando que cada competencia es un aprendizaje complejo, que integra habilidades, actitudes y conocimientos.

En el interés sobre el tema se ha encontrado una tesis doctoral, presentada en la Universidad de Barcelona, por Lluch (1999), titulada *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*, inspirada en el pensamiento de la Organización Mundial de la Salud, que se plantea el eslogan salud para todos, concretada en los siguientes objetivos:

a) Incrementar la cantidad de años de vida

- b) Vivir más años con una mejor calidad de vida
- c) Reducir las disparidades de salud entre las sociedades y las clases sociales
- d) Que todas las personas tengan servicios preventivos de salud disponibles, accesibles y adecuados; desafíos que orienta a la investigadora Lluch a construir un instrumento para la investigación de las condiciones de salud mental positiva y que se utilizó en la presente investigación.

Específicamente, la competencia comunicativa se aborda teniendo en cuenta el funcionamiento de la dominancia cerebral, infiriendo que ciertos mensajes son activados por el hemisferio derecho y otros por el hemisferio izquierdo, investigado por destacados investigadores el tema de la neurociencia como: Sperry, Roger, Wolcott (1994) en la Universidad de Chicago y en general por la literatura especializada en la década de los 70's del siglo pasado hasta la actualidad.

1.2 CONCEPTO DE SALUD MENTAL POSITIVA

Según la OMS (2013), se entiende por salud no solo la ausencia de enfermedades o afecciones, sino también el estado de completo bienestar físico, mental y social. La conceptualización de la salud y la enfermedad se han abordado desde diversos contextos, aproximaciones y criterios, con normas y estándares dinámicos, que a decir, Jahoda (1958) se modifican con el tiempo, el lugar, la cultura y las expectativas de la sociedad; sin embargo, tradicionalmente la conceptualización de la salud en general, se ha enfocado principalmente de manera negativa, ya sea como ausencia de enfermedad o como recuperación de la normalidad, asociándola primordialmente a indicadores negativos de salud y en este sentido, homologando indicadores de salud a indicadores de enfermedad.

Siguiendo con esta idea, comúnmente es homologado el término de “salud mental” al de “enfermedad mental”, en este sentido, la salud mental se ha estudiado principalmente a partir de la identificación de trastornos mentales o psicopatologías, así como en el desarrollo de sus indicadores. Sin embargo, la salud mental no debe ser homologada a la enfermedad mental; incluso, la salud mental tampoco debe ser considerada como la ausencia de enfermedad mental. Al respecto, Nordenfelt

(2000) señala que la simple ausencia de enfermedad no garantiza la existencia de salud, por lo que debe existir otra clase de salud, una que no está asociada a la enfermedad; en otras palabras, la salud conceptualizada desde un enfoque positivo, no se encausa a la enfermedad, sino que se centra en indicadores positivos de salud.

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. La filosofía que “apadrina” su nacimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción (Vázquez y Hervás 2008).

Es por ello que las organizaciones oficiales, tal como la OMS (2000) y la Federación Mundial de Salud Mental y las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, recogen la “ideología” positiva de: “prevención y promoción para todos en el año 2000”. Sin embargo, la realidad práctica, en el campo de la salud mental, se ajusta más a: tratamiento, rehabilitación y algo de prevención, en los países occidentales. A partir de ahí se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El primer problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental. Por otra parte, el objeto de estudio: la psicología del ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices. Esta intrincada miscelánea ha generado múltiples intentos de definición de la salud

mental, pero, por el momento, las divergencias superan a los acuerdos (Vázquez y Hervás, 2008).

Según lo expone Jahoda (1999) la salud mental positiva se concibe desde una perspectiva individual, en la cual existe una relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos. Tener una buena salud física es necesaria, pero no suficiente para tener una buena salud mental. Se puede estar en plena forma física, pero los aspectos emocionales negativos pueden generar un sentimiento de malestar. La salud mental positiva (SMP) puede considerarse como la salud mental de las personas psicológicamente sanas, es decir, de aquellas personas que no padecen y no padecerán de trastornos psiquiátricos, lo cual puede corresponder a un 80 ó 90% de la población (Lluch, 2002).

Se han establecido algunas delimitaciones para su definición, tal como lo propone Jahoda (1958) quien menciona que la ausencia de un trastorno mental es un criterio indispensable pero incompleto para definir la salud mental positiva. El concepto de Jahoda, hace alusión a una característica estable de la personalidad, y no a una condición momentánea por situaciones puntuales, y una salud mental positiva no se caracterizaría por la ausencia de experiencias que generan afectos negativos, sino por la presencia de las personas que gozan de salud mental positiva cuando encuentran un equilibrio entre lo que ellos esperan de la vida y lo que la vida les ofrece, generándoles un sentimiento de felicidad.

En este caso, la felicidad sería mayor en situaciones de afectos positivos. Las personas gozan un producto de la interacción persona-ambiente e involucra una predisposición, atributo o valor de la persona y no simplemente un estado emocional transitorio dependiente de las circunstancias. No existen personas completamente sanas en todos sus aspectos, ya que cada uno tiene núcleos enfermos y sanos que se manifestarían de acuerdo a situaciones determinadas (Jahoda, 1999).

Lluch (1999) proporciona seis criterios generales para evaluar la Salud Mental Positiva:

- Identificar las actitudes hacia sí mismo (cómo se ve la persona a sí misma)

- Si se tiene una dirección de crecimiento y autoactualización (crecimiento y desarrollo hacia fines superiores)
- Si se observa una integración entre el equilibrio psíquico, la filosofía personal sobre la vida y la resistencia al estrés
- Si se es autónomo (discriminación consciente de los factores ambientales que la persona desea admitir o rechazar)
- Si se tiene una adecuada percepción de la realidad
- Si se tiene un dominio del entorno o en la adaptación al ambiente.

1.3 FACTORES DE LA SALUD MENTAL POSITIVA DE JOHADA

Desde el enfoque de Marie Jahoda, la salud mental se concibe como una característica relativamente estable y permanente de la persona. Hace énfasis en la relatividad cultural y señala que los estándares de comportamiento normal varían con el tiempo, el lugar, la cultura y las expectativas del grupo social. Articula su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios proponiendo seis factores interrelacionados que operan en ella (Jahoda 1958).

1.3.1 ACTITUDES HACÍA SÍ MISMO

Este criterio se refiere a la autoaceptación, la autoconfianza y/o autodependencia, la autoaceptación incluye aceptar las cualidades y defectos, es decir, aprender a vivir consigo misma. Las actitudes hacia sí mismo tienen cuatro dimensiones:

- a. Accesibilidad del yo a la conciencia
- b. Concordancia yo real-yo ideal
- c. Autoestima
- d. Sentido de identidad (Jahoda 1958).

1.3.2 CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN

También denominada autorrealización o crecimiento personal, está relacionado con lo que la persona hace con su vida. La autoactualización, puede ser entendida en dos sentidos:

a) Como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos.

b) Como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida y la implicación en la vida. La autoactualización como motivación por la vida (Salanova, 2008).

1.3.3 INTEGRACIÓN

Se refiere a interrelación de todos los procesos y atributos de la persona. Equilibrio psíquico, Filosofía personal sobre la vida y Resistencia al estrés (Jahoda 1958).

1.3.4 AUTONOMÍA

Implica la relación de la persona con su entorno y el grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás. Lo que conlleva un proceso de toma de decisiones. En este sentido, la autonomía significa una discriminación consciente, por parte de la persona, de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar (OMS, 2001).

1.3.5 PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD

Es la capacidad para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente. Existen dos dimensiones de la percepción de la realidad: Percepción objetiva y Empatía o sensibilidad social (Jahoda 1958).

1.3.6. DOMINIO DEL ENTORNO Es la capacidad para manejarse en la realidad. Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso). Dentro de este criterio Jahoda distingue seis dimensiones íntimamente relacionadas: a. Satisfacción sexual, b. Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre, c. Adecuación en las relaciones interpersonales, d. Habilidad para satisfacer las demandas del entorno, e. Adaptación y Ajuste y f. Resolución de problemas (Jahoda 1958).

2.1 FACTORES DE LA SALUD MENTAL DE LUNCH

Este enfoque de salud mental de Marie Jahoda sirvió de inspiración para que la Dra. María Teresa Llunch Canut (1998) elaborará de una manera creativa y eficaz un instrumento que midiera la salud mental positiva y que contará con el rigor científico de confiabilidad y validez, dicho instrumento se utilizó en esta investigación. Los factores que mide este instrumento son los siguientes:

- Factor 1: “Satisfacción personal”. Autoconcepto, Satisfacción con la vida personal, Satisfacción con las perspectivas de futuro.
- Factor 2: “Actitud prosocial”. Predisposición activa hacía lo social / hacía la sociedad, Actitud social “altruista” /Actitud de Ayuda-apoyo hacía los demás, Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.
- Factor 3: “Autocontrol”. Capacidad para el afrontamiento del estrés/de situaciones conflictivas Equilibrio emociona/control emocional, Tolerancia a la ansiedad y al estrés.
- Factor 4: “Autonomía”. Capacidad para tener criterios propios, Independencia, Autorregulación de la propia conducta, Seguridad personal / Confianza en sí mismo.
- Factor 5: “Resolución de problemas y autoactualización”. Capacidad de análisis, Habilidad para tomar decisiones, Flexibilidad /Capacidad para adaptarse a los cambios, Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.
- Factor 6: “Habilidades de relación interpersonal”. Habilidad para establecer relaciones interpersonales, Empatía / Capacidad para entender los sentimientos de los demás, Habilidad para dar apoyo emocional, Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

2.2 SATISFACCIÓN PERSONAL

La satisfacción se entiende como una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los

propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable. Se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas, como por variables de tipo personal, entre las que cabe citar como una de las más importantes la edad, además de otras como el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma como más o menos satisfactorio (Jahoda 1958).

Diferentes investigaciones apoyan la relevancia de los dominios referidos en los factores del cuestionario sobre satisfacción empleado, así Abbey y Andrews (1985) y Headey, Holstrom y Wearing (1985) apuntaban que entre los siguientes dominios, familia, amistad, tiempo libre, trabajo, salud y bienestar económico o ingresos se explicaba entre el 70 y el 80% de la varianza de la satisfacción en la vida. Jeffres y Dobos (1995) por su parte encontraron que los dominios más citados por las personas fueron la familia, el matrimonio y los amigos, dentro del ámbito afectivo, social y laboral.

La satisfacción personal es la satisfacción con la vida y está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas. Así, para determinar la calidad de vida se requieren referentes de contraste, diversos modos de vida, aspiraciones, ideales e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la población (Fundación Europa, 2005).

La calidad de vida es una construcción histórica y cultural de valores, sujeta a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. Actúa en dos ámbitos: individual o privada y colectiva o pública (Rodado, 2001). Desde lo individual es importante mirar: percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral.

Desde lo colectivo es fundamental determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo pues en él se concentra un capital humano, que responde a significados que él mismo ha tejido con el apoyo de los demás y que corresponden a la trama de sentido de los eventos de la vida cotidiana, le permiten valorarla al contrastarla con criterios colectivamente válidos en la sociedad en que vive.

La OMS (2000) definió la calidad de vida como: la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas físicas, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relaciones con el ambiente

Partiendo de estas definiciones, se buscó determinar la satisfacción personal como el principal componente de la calidad de vida de los hombres y las mujeres de 20 a 64 años de la ciudad de Medellín en el año 2005, y menciona parte de los resultados de la investigación sobre "Aspectos de la calidad de vida de la población adulta: comparativo por sexo, Medellín 2005" (Cardona y Agudelo, 2006).

Para ello, se entiende la calidad de vida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y sólo se pueden mirar a través de los interesados) (Cardona, Estrada y Agudelo, 2003).

2. 3 ACTITUD PROSOCIAL

La conducta prosocial -cualquier comportamiento que beneficia a otros o que tiene consecuencias sociales positivas- toma muchas formas, incluyendo las conductas de ayuda, cooperación y solidaridad. Con el termino altruismo nos referimos a las acciones prosociales costosas, llevadas a cabo voluntariamente, y cuya motivación primaria es beneficiar a los otros. Las distintas perspectivas se orientan según la

teoría, a los factores situacionales o según el tipo de tareas a realizar (Moñivas, 1996).

El conocimiento de dicho tipo de conducta puede servir para construir una sociedad más prosocial; por ejemplo, aunque los niños suelen ser más prosociales en la medida que pueden adoptar diferentes perspectivas, los educadores pueden servir de las recompensas, de exponerlos a modelos de aprendizaje prosociales y cooperativos. De manera similar, podemos aplicar los logros de la investigación a los adultos (Moñivas, 1996).

Normalmente, este tipo de actos parecen implicar siempre una mezcla entre hacer un pequeño sacrificio por el otro y obtener con ello una forma de recompensa personal por haberlo llevado a cabo. Este sacrificio es igualmente válido tanto si es para ayudar a una persona mayor a cruzar la calle como salvarle la vida a una persona que se está ahogando (Lluch, 1999).

Muchas veces tendemos a pensar que un acto así está motivado por el ideal de conservar el bienestar de los demás, lo que vendría a llamarse conducta altruista. Sin embargo, cuando se decide a ayudar, muchos pueden reconocer la típica frase “lo hago porque ese/a podría ser yo” a modo de justificar ese riesgo que se puede estar tomando en ese momento, por ello puede ser que realmente no exista ninguna conducta puramente altruista (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

A la hora de comprometerse con una conducta prosocial en una situación de emergencia, el reparto de la responsabilidad también juega un papel importante. Esta reflexión devino del caso de una mujer asesinada en plena calle en Nueva York, el “caso Kitty”, el cual llamó mucho la atención ya que, a pesar de sus gritos de auxilio, ninguno de los testigos que allí miraban desde sus casas fue a socorrerla. Teóricos como Darley y Latané (1987) de la Universidad de Nueva York estudiaron este fenómeno al que llamaron “el efecto del espectador”, es decir, a medida que el número de espectadores aumenta, la probabilidad de ayudar disminuye.

También se entiende que la idea de ayudar a otros o no depende mucho del instinto habitual a la conservación, así, si no ayudas, evitas muchos problemas potenciales

para ti mismo. Autores como Thompson, Higgins y Shaw (1998), hablan de factores adicionales que repercuten en la probabilidad de que un testigo ayude o no. El primer factor habla de la atracción que se sienta hacia la persona socorrida, es decir, se tiende a ayudar más a aquellos que quieres o te interesan de algún modo. Esto explicaría porque nadie fue a socorrer en el “caso Kitty” y sin embargo cualquier padre o madre daría su vida por sus hijos.

Otro de los factores que plantean, son las atribuciones de responsabilidad de las víctimas. Si suponemos que la víctima es responsable de su situación, tienden a ayudar en menor medida. Como en el caso de dos hombres tendidos en la calle, aparentemente inconscientes, uno bien vestido y otro con la ropa sucia y rota, es más probable que ayudemos al primero que al segundo, ya que se considera que el primero sufrió un accidente y el segundo posiblemente vaya ebrio o drogado por decisión propia. Esto es así, si se asume que la mayoría de los accidentes son controlables, por lo tanto, la víctima es responsable de su desgracia (Escobar y Gallo, 2003).

Siguiendo la línea del factor anterior, también se tiende a ayudar a aquel que guarda cierta similitud con nosotros, por ello en los casos de abusos sexuales de hombres a mujeres, es más probable que la mujer atribuya la culpa al hombre cuando considera parecerse a la víctima, y que los hombres traten de justificar al agresor, por el mismo hecho de ser un hombre (Escobar y Gallo, 2003).

El hecho de tener referentes positivos cercanos, también motiva a ayudar a los demás. Por ejemplo, si ves a otras personas comprando comida para donarla a la salida del supermercado a una asociación de personas sin recursos, es más fácil que tú también decidas comprar para donar la comida a la salida (Escobar y Gallo, 2003).

En líneas generales, puede concluirse que aquellas personas que están motivadas por la integridad moral y tienen un ideal de justicia muy elevado, suelen estar dispuestos a sacrificar algo de interés propio con el fin de hacer lo correcto y ayudar a los demás. Sin embargo, algunas personas que se definen a sí mismas como morales y éticas, a veces no actúan tan moralmente. Esto sucede porque están más

preocupadas por las apariencias externas que por sus verdaderos intereses, lo que viene a llamarse doble moral o hipocresía (Escobar y Gallo, 2003).

La situación de México en relación a actitudes de violación a los derechos humanos: secuestros, asesinatos, pobreza extrema, etc., no es un fenómeno de estudio reciente, y las variables implícitas en ello no se relacionan solamente con el Estado (quienes se encuentran posicionados en el poder), sino también con los ciudadanos, que contribuyen en silencio, voz, ausencia y presencia al mantenimiento de dicha situación; es decir, siendo partícipes y contribuyentes de las condiciones del país, también se puede efectuar un cambio a través de las acciones sociales. Esto sin duda redirige la mirada en el camino, ya no sólo clasificando como causantes a quienes se encuentran arriba, sino también a quienes se encuentran abajo (Prieto, 2003).

Al hablar de voz y presencia, no desplazo en importancia al silencio o la ausencia, que a su vez también son conductas que generan acciones que mantienen consecuencias tanto positivas como negativas, pero ese sería otro tema de estudio. Por el momento, se abordarán las conductas vistas con el apelativo de positivas, las cuales recientemente han considerado los demás con un valor social básico; por definición, en el ámbito científico como conductas prosociales (Prieto, 2003).

Las conductas prosociales se han identificado por la composición de variables cognitivas y emocionales. Entre las variables cognitivas destaca la relación positiva de esta conducta con el razonamiento internalizado (argumentos que incluyen la comprensión de la situación del otro, la anticipación de consecuencias, principios de justicia, bien común, entre otros) y con la empatía en su dimensión cognitiva de toma de perspectiva o capacidad para ponerse en el lugar del otro; por el contrario, la relación es negativa entre la conducta prosocial y el razonamiento hedonista (Cortés, Mestre, Nácher y Samper, 2006).

Con respecto a las variables emocionales, los autores han concluido que hay una relación negativa entre dicha conducta y la agresividad, mientras que la relación es positiva entre la conducta prosocial y la empatía en su dimensión emocional de preocupación empática o capacidad para compartir sentimientos y emociones. Por

tanto, procesos cognitivos de razonamiento ante problemas sociales junto con las emociones empáticas son las variables que alcanzan una correlación positiva y sistemática con la conducta prosocial (Cortés, Mestre, Nácher y Samper, 2006).

El desarrollo de la conducta prosocial se ha relacionado con determinantes externos, como la socialización, la educación o la interacción entre iguales. Se resalta que el uno no se excluye del otro, es decir, así como los factores externos hacen posible la manifestación de dichas conductas, los determinantes personales, como factores afectivos y factores cognitivos, contribuyen en la misma medida, y no operan por sí solos, sino de manera simultánea. En la actualidad, existe controversia con respecto a la existencia de diferencias entre una conducta prosocial y una conducta altruista o inclusive si se está hablando de lo mismo (Gómez, Martorell y Ordoñez, 2011).

Buckmaster (2004) menciona claramente varios puntos a destacar al respecto, primero dice que hay una tendencia a “live down to”, es decir, que se vive básicamente en un sentido egoísta, y realizar conductas prosociales significa darse a uno mismo, de modo se recibe un beneficio, ya sea directo o indirecto, y que decir que el acto altruista no es egoísta sería un gran error para su conceptualización; por consiguiente, lo resume en la frase “helping is like lying”.

En general, parece haber acuerdo en llamar conducta prosocial a los comportamientos voluntarios para ayudar o beneficiar a otros. Por otro lado, el altruismo implica actos prosociales llevados a cabo por motivos o valores internos, sin buscar ningún tipo de recompensa externa. Las razones que promueven la conducta prosocial pueden ser altruistas o egoístas. Mientras que la motivación altruista parte del deseo de favorecer al otro, la egoísta se guía por el propio beneficio (Oliva, Parra & Sánchez, 2006).

La conducta prosocial se ha identificado más con la de altruismo, el tipo de comportamiento moral más elevado. La noción de altruismo se relaciona con la noción de justicia, de lo que es justo (por ejemplo, un individuo que contribuye a un proyecto más de lo que los demás consideran justo, puede ser considerado altruista); mas, cómo distinguir entre altruismo y conducta prosocial. La falta de

acuerdo proviene de si debe tenerse en cuenta la motivación en la definición del concepto; el hecho de que la mayoría de los motivos no sean directamente observables hace difícil evaluar un comportamiento altruista (Campo et al., 2005).

Por lo anterior, se puede entender que existe una diferencia no esclarecida en la intencionalidad de la ejecución de un acto altruista o conductas prosociales, y esto radicaría en el interés egoísta o el interés por el servir a los demás; en este sentido, ya no se cuestionan sobre la altruista como una conducta conceptual y operativa independiente o ajena al altruismo; más bien, habría que cuestionar la intencionalidad de la conducta prosocial de acuerdo al interés en un sentido egoísta o altruista; de modo que ahora sería aceptar la conducta prosocial con la posibilidad de manifestarse con interés egoísta, altruista o ambos (Moñivas, 1996).

La conducta prosocial se considera vital para el funcionamiento de la sociedad e importante en el funcionamiento social y desarrollo psicológico del individuo. Con lo anterior, se consideró que para la manifestación expresada de las denominadas conductas prosociales debiese existir una motivación que las conduzca o lleve a la ejecución, y es ésta la que llevaría a su clasificación como conducta altruista o conducta prosocial para muchos científicos sociales, concentrándose en los intereses personales o con beneficio al otro, sólo por el interés de realizar una clasificación para fines académicos; sin embargo, aunque estas motivaciones se orienten al beneficio del otro, uno siempre recibe un beneficio, aunque sea indirecto (Knafo y Plomin, 2006).

En ocasiones, pudiese ser un reconocimiento por terceros, o un reconocimiento directo como el caso de un aplauso, una sonrisa o un sencillo agradecimiento. Los beneficios que se obtienen pueden ser internos o externos, en función de éstos, el altruismo se entendería como una forma enmascarada de egoísmo (Palacio y Martínez, 2007).

De modo que para la ejecución de una conducta prosocial se debe tener en cuenta que desde su conceptualización se consideran dos términos: uno es "conducta", una acción realizada que se lleva a la pregunta ¿quién?, es decir, hay alguien que la realiza y el significado de dicha acción será analizado por el segundo término, se

refieren al “social”; pudiese ser que la acción sea con un pensar al inicio en sí mismo, pero serán inevitables las consecuencias que traerá ese acto social, porque al expresarlo con los otros, será forzosamente interpretado por los mismos (Palacio y Martínez, 2007).

Como menciona Palacio y Martínez (2007) al inicio, nosotros con nuestras acciones, ya sean de voz, silencio, ausencias o presencias, se generan mensajes que dejan significados que permiten en este caso la violación de sí mismos en materia de los derechos humanos. Si bien en este artículo se habló de la conceptualización de conductas prosociales, las cuales en su mayoría son conocidas por ciertas generalizaciones: ayudar a una persona de la tercera edad a cruzar la calle, tirar la basura en su lugar, socorrer a una persona que ha sufrido un accidente o incluso pertenecer a una organización no gubernamental para poder denominarte a ti mismo como un “actuante prosocial o altruista”.

2. 4 AUTOCONTROL

El autocontrol ha sido definido por primera vez en APA (1973) como la habilidad para reprimir o la práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseos o emociones. Pese a eso, pueden ser identificadas tres abordajes intelectuales que décadas antes de esa definición habían investigado el autocontrol y que, según Harter (1983), serían la psicoanalítica (Freud, 1922), la teoría del aprendizaje (Skinner, 1953) y la neuropsicología soviética (Luria, 1961; Vygotsky, 1962). Como representante del psicoanálisis, Freud (1922) ha defendido la idea de que el autocontrol estaba asociado al desarrollo de la fuerza del ego.

Ahora bien, el superego sería el que controlaría la propia conducta y el comportamiento moral y, por lo tanto, sería una característica estable de la personalidad. El comportamiento moral, a su vez, sería influenciado por acontecimientos durante el desarrollo que tendrían una fuerte influencia sobre el grado de autocontrol desarrollado por el sujeto. Ya para Skinner (1953) el autocontrol no sería un rasgo o disposición y sí un proceso por el cual el individuo cambiaría su probabilidad de respuesta, alterando las variables en las cuales la respuesta es una función, teniendo una gran influencia del entorno social.

En el caso de la neuropsicología soviética Luria (1961) y Vygotsky (1962) tuvieron una visión diferente, diciendo que problemas con la inhabilidad del niño para el uso adecuado de auto instrucción verbal estaría relacionado con la falta de autocontrol de los impulsos. Específicamente Luria (1961) ha destacado que el comportamiento es controlado por el habla, siendo ella una reguladora del comportamiento infantil. Otros autores también se han preocupado en estudiar el autocontrol.

Entre ellos se puede hacer referencia a Meichenbaum (1978) quien ha enfatizado que el autocontrol no representa un proceso unitario y sí multidimensional, involucrando componentes situacionales, perceptuales, cognitivos, actitudes y motivaciones. Todavía, el autor ha afirmado que cada uno de esos componentes puede ser considerado dentro de la perspectiva de desarrollo.

Para Harter (1983) es importante destacar tres aspectos relevantes para el estudio del autocontrol, siendo ellos, los procesos cognitivos básicos, los procesos de internalización y los procesos afectivos y motivacionales. Principalmente, en lo que se refiere al papel de los procesos afectivos y motivacionales en el establecimiento de patrones más aceptables de autocontrol, el autor ha afirmado que apenas la recompensa no sería responsable por internalizar funciones, sino que también el desarrollo tendría participación, por ejemplo, en el caso de la función motivacional.

Autores como Premack y Anglin (1973) han sugerido que el niño se autocontrola porque es una forma de evitar la pérdida de afecto de los padres. A su vez, Aronfreed (1976) ha percibido que existen diferentes razones por las cuales el niño puede controlar su conducta y que pueden ser identificadas a lo largo de un continuum que va desde la orientación interna hasta la externa. Pese a eso, para Shibutani (1961) sólo cuando el niño percibe la perspectiva «del otro» es que el autocontrol se manifiesta. Antes de ese marco el niño está preponderantemente motivado para mostrar control de acuerdo con las exigencias de personas que se imponen a él.

Es por ello que es importante mencionar que el autocontrol ha sido estudiado y relacionado a varios constructos de la psicología, como la agresividad e impulsividad, en relación al ambiente familiar a las dificultades de aprendizaje y

rendimiento escolar. No obstante, a los muchos estudios hallados en la literatura extranjera, ninguno de ellos trata del autocontrol y el autoconcepto conjuntamente (Block, 1981).

Paula (2007) define el autocontrol como aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar la conducta, a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. El autocontrol permite que los procesos naturales que normalmente están fuera de la conciencia, puedan ser conscientes, manifiestos y formales. Menciona, que el término autocontrol es la facultad que posee un individuo para controlarse a sí mismo, entre las variables que determinan el control personal, están la demora o retraso de gratificación, recompensa de la acción o actividad que llega a ser controlada por el sujeto.

Al ejercer el autocontrol se logra ser agente propio, y se es el actor principal de la conducta. También puede considerarse el autocontrol como una característica de la personalidad a la par de la fuerza de voluntad o autonomía del yo, éstos permiten a la persona ejercer el control sobre la conducta propia, el autocontrol es tan importante que es un elemento básico en el buen funcionamiento del individuo.

Según Martínez, Tirado y Ochoa (2005) el control comprende diversas áreas de la persona como: la conducta, sentimientos y emociones, así por ejemplo, se entiende por autocontrol emocional el que conlleva la regulación de la persona en lo que atañe a las emociones; sin embargo previo al control de las emociones se requiere controlar el pensamiento ya que éste incide sobre el control de emociones; se tiene entonces el resultado de que, si un individuo desarrolla la habilidad de controlar los pensamientos podrá controlar indirectamente las emociones y sentimientos. También señalan que cuando el sistema de autorregulación funciona de manera adecuada, se llega a conseguir el autodominio, esta persona podrá educarse y mantener la claridad de ideas, calma y serenidad, necesarias para afrontar las demandas a las que diariamente se vea sometida.

2.5 AUTONOMÍA

El término autonomía, tal como se entiende hoy, viene del griego autos (sí mismo) y nomos (ley). Por lo tanto, hace referencia a la posibilidad que tiene todo ser humano de darse sus propias normas para la realización de su vida, sin esperar premios ni castigos por las acciones que ejecuta, sino tan solo por la satisfacción que conlleva la propia realización la define de la siguiente forma: “Ser autónomo significa que el sujeto tiene capacidad y libertad para pensar por sí mismo, con sentido crítico y aplicación en el contexto en que se encuentra inmerso. Quiere decir que tiene mayoría de edad mental y madurez para actuar. De ahí se deduce que, a mayor conocimiento, mayor posibilidad de autonomía y que ignorancia es ausencia de la misma, esto es, dependencia” (Díaz Osorio, 2019).

Una de las dificultades más grandes con la que se encuentra el hombre contemporáneo, en términos éticos, tiene que ver con esa tendencia, cada vez más generalizada, a no sentirse responsable por las cosas; y ello por una suerte de ignorancia o de ingenuidad. Dicha ignorancia impide, a su vez, que el hombre construya en términos generales la idea de lo social: “La idea de autonomía (esa capacidad de cuestionar lo heredado y darnos nuestras propias leyes) recreada en la acción instituyente del ser humano, de la colectividad y de lo social-histórico, conduce su reflexión a la idea de la institución imaginaria de la sociedad” (Golvano, 2009).

Peter Singer (1984) por su parte, entiende el concepto de autonomía como “la capacidad de elegir, de tomar las propias decisiones y de actuar de acuerdo con ellas” (p. 100). Así, todo ser humano se enfrenta con dicha capacidad y con la obligación de tener que elegir. No hay, por lo tanto, ética sin libertad, pero tampoco hay autonomía sin ella. Es un hecho que la persona autónoma desarrolla conceptos de sí mismo y la realidad a partir de la información que recibe de otros, pero tiene independencia de criterio para discrepar o coincidir con los demás. El ideal propuesto para la actuación está dentro de sí y no en un lugar o factor externo. Un ejercicio adecuado del uso de la autonomía, entendido de tal forma, puede llevar a revalidar o rechazar lo que socialmente se ha establecido frente a algo.

Según Díaz (2009) la autonomía está ligada con la comprensión o capacidad de penetrar en la esencia de las cosas y relacionar, entre sí, todos los elementos que la componen, implica, en el caso del estudiante un proceso de aprendizaje, que tenga que estar abocado a una permanente indagación y descubrimiento, pues cuando sólo se le entrega la información para que responda por ella, no llega a penetrar en el sentido y aplicación de lo que recibe, ni a formarse sus propios criterios. La autonomía no es un producto o resultado final, sino un proceso; no es propiamente un fruto sino una semilla en permanente germinación.

Hoy podría decirse que la autonomía no solo se propone como un principio de actuación en el campo de las ciencias médicas o de la salud, sino también se ha convertido en uno de los conceptos más importantes de la ética contemporánea. No solo sirve en términos de principialismo como metodología para la solución de conflictos bioéticos, sino que se propone como paradigma para pensar lo humano en términos contemporáneos (Díaz, 2009).

La sociedad actual ha ganado un espacio cada vez más importante en el reconocimiento de las libertades individuales, tanto en la forma como los estados, se han hecho conscientes de las obligaciones que tienen con cada una de las personas que los conforman, como el papel que tienen frente al cumplimiento de unos deberes y la función de garantes frente a ciertos derechos. Sin embargo, el concepto de autonomía del que se ha venido tratando debe, a su vez, ser matizado y reflexionado (Camps, 2001).

El concepto de autonomía que tanto nos gusta reclamar también está pidiendo una cierta reflexión. Autonomía no equivale del todo autosuficiencia o independencia, ni siquiera a libertad. Autos significa “uno mismo”, pero nomos significa “ley”. La primera forma de autonomía fue la que reclamaron los ciudadanos griegos para legislarse a sí mismos. “La libertad de los antiguos” – como la llamó Benjamin Constant – no era libertad para recluirse en la vida privada y en los propios negocios, para ejercer de ciudadanos y legislarse (Camps, 2001).

La autonomía es, entonces, un derecho alcanzado y no simplemente adquirido por la condición humana. No es como la dignidad humana, que se le entrega a cada

persona por el solo hecho de ser persona y se considera inalienable. La autonomía es un derecho alcanzado en la medida en que se demuestra un uso responsable del ejercicio de la libertad. En consecuencia, no todos los seres humanos son autónomos; solo aquellos a los que, en términos del reconocimiento, se les considera capaces del autogobierno (Camps, 2001).

Camps (2005) en cuanto a la autonomía nos menciona los siguientes puntos que son importantes mencionar:

- 1) Tener capacidad real de deliberar y decidir sobre qué hacer en situaciones difíciles
- 2) La deliberación y la decisión dependen de la consideración de una serie de valores que afectan a la vida de cada uno
- 3) Es bueno que en una sociedad haya pluralidad de puntos de vista y que las valoraciones de la realidad de los distintos individuos no sean absolutamente homogéneas
- 4) Pero también es necesario que haya un mínimo de valores compartidos y comunes a fin de que la convivencia y el respeto a los derechos fundamentales sea real y posible.

La autonomía, como principio, implica entonces una gran responsabilidad. Primero, frente al saber: tomar una decisión exige conocer las opciones de una situación en un despliegue de causas y de consecuencias para cada una de las opciones; no se es independiente porque uno se abstraiga del mundo sino porque lo conoce. Todo acto autónomo es, pues, un acto deliberado, responsable, con conocimiento, y da cuenta de la libertad de la persona. Por eso la autonomía se puede definir como el acto deliberado y elegido libremente del agente moral. Bajo estos parámetros todo acto autónomo encierra un acto deliberativo, una elección responsable y una manifestación de la libertad (Duque Zea, 2001).

La esencia de la autonomía consiste en que el individuo pueda tomar por sí mismo sus decisiones, pero en un contexto de relación e interacción con los demás, que también son seres autónomos. No hagas a los demás lo que no quieres para ti, ama a los demás como a ti mismo, son paradigmas para ejercer la autonomía. Las

decisiones no pueden ser adecuadas ni correctas cuando solo se tiene presente el punto de vista y el interés personal (Díaz, 2009).

Desde un punto de vista conceptual, es necesario precisar que la idea del principialismo surge en los Estados Unidos con el propósito de brindar una metodología para la resolución de conflictos en el campo de la bioética. Los principios del juramento hipocrático son el de beneficencia y no maleficencia, pero en términos de filosofía moral contemporánea se habla de otros principios, entre ellos el de la justicia y el de la autonomía (Lolas, 2003).

La bioética estadounidense ha sido identificada con la idea del principismo (o principialismo). Tanto el informe Belmont, que concluyó el trabajo de las comisiones para protección de los sujetos humanos en la investigación biomédica, como otros libros influyentes de la primera época estuvieron inspirados por la idea de que hay principios intermedios, *prima facie*, que son suficientes para dirigir la vida personal y grupal (Lolas, 2003).

2.6 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN

La teoría acerca de la solución de problemas, plantea que el ser humano se enfrenta a un problema cuando ha aceptado una tarea, pero no sabe cómo realizarla, y en este sentido sostiene que los problemas van desde los altamente estructurados hasta los que se encuentran en la vida diaria, los cuales, se considera necesitan más tiempo para ser resueltos (Greeno, 1980).

De igual manera Greeno (1980) menciona que las resoluciones de problemas están implicados cuatro sistemas:

1. Procesamiento de la información: los procesos de pensamiento que se activan en la solución de problemas suponen una búsqueda que va dirigida hacia el archivo conocido como memoria de corto o largo plazo; la cual puede o no contener información previa que pueda auxiliar al ser humano en la solución de los problemas.

2. La estructura de la tarea: referida a la descripción de las conductas requeridas para la resolución del problema. Esta estructura establece los límites definiendo las alternativas permitidas para alcanzar la respuesta.

3. Los espacios del problema: alude a la representación mental o gráfica que la persona debe hacer de la situación.

4. La información presente en los espacios del problema: cada nudo resuelto en el proceso de la solución del problema representa un paso que el sujeto evalúa y decide si lo ayuda en la solución o no; estos pasos suponen un progreso.

En la solución de problemas se combinan dos procesos complejos: uno es la comprensión, la cual genera un espacio del problema y otro la solución que explora el espacio del problema para, de ésta forma, intentar resolverlo. La representación que el sujeto construye del problema determina la forma como se planteará resolverlo (Greeno, 1980).

Algunos autores como Watzlawick (1995) y Weisberg (1989) sostienen que se requiere de un cambio y una reestructuración para lograr solucionar los problemas, no se necesita un talento especial sino más bien ver con claridad las ideas y acciones que entran en juego en la solución de problemas. El cambio representa la búsqueda de una solución que conduce a las personas a resolver los problemas. La reestructuración supone cambiar el marco conceptual, la manera como pensamos acerca del problema y cambiar así mismo, el aspecto emocional, la manera como nos sentimos en relación al problema.

Este cambio de sentido con respecto al problema abre posibilidades para nuevas alternativas de respuesta. Stenberg (1986) propone algunas habilidades de pensamiento importantes para la resolución de problemas:

1. Identificación de problemas: la habilidad para descubrir la existencia de problemas es una característica primordial para continuar con el proceso de solución de problemas.

2. Definición del problema en términos concretos: es decir, distinguir el problema real de los imaginarios que puedan conducir a quejas en lugar de soluciones.

3. Exploración de posibles estrategias de solución.
4. Descomposición de un problema complejo en sub-problemas que sean más manejables.
5. Definición clara del cambio que se quiere alcanzar para tratar de evitar quedar atrapado en soluciones erradas que complicarían más el problema.
6. Habilidad para encontrar las inconsistencias en los argumentos de las propuestas.
7. Formular y poner en marcha un plan para producir dicho cambio

2.7 HABILIDADES DE RELACIÓN INTERPERSONAL

De acuerdo con Londoño (2009) ha señalado superficialmente algunas notas sobre comunicación, radicalmente la naturaleza del hombre exige la referencia "a otro" porque:

- El hombre es un ser en relación a su participación en el ser universal.
- La razón clave reside en el ser espiritual del hombre, que hace posible la donación sin pérdida o daño por parte del donante ya que el espíritu no es divisible y permite la entrega, la participación, y demás cualidades del acto comunicativo.
- Las potencialidades del espíritu humano no se acaban en sí mismo, sino que necesita de otros, ya que, por su plasticidad, adaptabilidad y capacidad receptiva, ha de realizarse como persona y en facilitación con su entorno.
- Ser espiritual, embellecido de poder pensante, capaz de autorreflexión, comunicación consigo mismo, trasciende su propio ser y comunica con el mundo que introyecta intencionalmente mediante representaciones universales.
- Espíritu libre el del hombre que respeta conscientemente aquello que es exigencia humana: la libertad. La libertad de ambos extremos relacionados (emisor, receptor), indispensable para la comunicación.

- El hombre es un ser como los otros los otros: aprender a respetarlos, admirarlos y mutuamente crecer en su hominidad.
- Específicamente humanos son la libertad y el pensamiento que hacen del hombre un ser de apertura.
- El hombre es un ser sociable. No podemos olvidar circunstancias que constriñen, limitan y atentan contra la autorreflexión y libertad humanas; son los distintos fenómenos de incomunicación.

Es importante mencionar que Navarro (2009) comenta que frecuentemente en nuestro tiempo: movimientos protesta, llenos de agresividad y rebeldía, desprecian el diálogo y usan la violencia en lugar de razonar y entenderse; los "mass media", instrumentalizados por poderosas agencias de información, encubren la realidad deformándola, alterando el deseo de saber y el derecho inalienable de conocer la verdad de los sucesos; el alcohol y drogas que esclavizando al hombre en su psique, le evaden de su calidad como tal, dificultando o anulando la comunicación.

La mayoría de los investigadores coinciden en que la comunicación interpersonal es simbólica, verbal y no verbal, multifuncional, transaccional, reveladora y que puede ser intencionada y no intencionada. Casi todos concuerdan en que responde a necesidades, está influida por factores ambientales y exige feedback. Hasta aquí, sincronizan los preocupados por el tema. Los norteamericanos Miller, G. y Steinberg (1975) explican que las personas basan los resultados de la comunicación en tres niveles de datos; culturales, sociológicos y psicológicos, opinan que, durante los momentos iniciales de la interacción, tienden a basar su proceder comunicativo en el conocimiento de la cultura en que se comunican; hablan de deportes, de las ciudades en las que han estado e incluso de la temperatura.

Si continúan en interacción, los comunicantes pasarán de los datos culturales a los sociológicos, lo que es tanto como decir que basarán su comunicación en el conocimiento de sus grupos de referencia respectivos. Sin embargo, para los autores mencionados, no es suficiente esta relación interpersonal, sino que implica que los actos de un individuo para comunicarse se basan en el conocimiento de las actitudes, creencias, valores y cualidades psicológicas del interlocutor. Hay que

entender que la comunicación interpersonal implica predicciones, intentos de influir y sentirse placenteros, cómodos al compartir la humanidad, y que frecuentemente tiene lugar cara a cara (Stewart y D'Angelo, 1975).

Scott (1987) estima que "la comunicación es interpersonal cuando:

- Las conductas comunicativas están orientadas a la satisfacción de necesidades que no se pueden llenar sin beneficio para otros seres humanos, son necesidades personales e interpersonales.
- Las conductas comunicativas contribuyen a mantener una relación interpersonal gratificante.
- Las conductas comunicativas están dirigidas a facilitar el crecimiento de la relación. Para lograr la comunicación interpersonal no es suficiente conocer lo que "es"; hay que meditar sobre el proceso para hacerla "efectiva", porque de educar y lograr la individualización e intemalización se trata.

2.8 IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL POSITIVA

Según Gordon (1999) la salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana. Tiene valores sustanciales e insustanciales, o intrínsecos. Para el individuo, la sociedad y la cultura. La salud mental tiene una relación reciproca con el bienestar y la productividad de una sociedad y sus miembros. Su valor se puede considerar en diversas formas relacionadas:

- La salud mental es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos.
- La buena salud mental es un recurso importante para los individuos, familias, comunidades y naciones
- La salud mental, como parte indivisible de la salud general, contribuye a las funciones de la sociedad
- La salud mental abarca a todas las personas ya que se genera en nuestra vida diaria en las casas, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas.
- La salud mental positiva contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad.

- La espiritualidad puede realizar una contribución significativa a la promoción de la salud mental y la salud mental influye en la vida espiritual.

La salud mental puede ser considerada como un recurso individual que contribuye a la calidad de vida del individuo y puede aumentar o disminuir de acuerdo con las acciones ejercidas por la sociedad. Un aspecto de la buena salud mental, es la capacidad para mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas. Hay evidencia creciente que demuestra que la cohesión social es decisiva para la prosperidad económica de las comunidades y esta relación parece ser recíproca (Barradas, 2007).

La salud mental es un componente integral y esencial en el bienestar de los seres humanos, ya que al tener un estado mental estable se podrá realizar las capacidades de forma eficaz en la sociedad. En ese sentido, la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH, siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud establecieron, desde el 2002, que cada 10 de octubre se celebre el Día Mundial de la Salud Mental (OMS, 2002).

Es fundamental mencionar que de acuerdo con la OMS (2019) en la sociedad es importante que los habitantes mantengan buena salud mental, desde su niñez hasta los últimos días de vida, porque así el individuo tendrá la capacidad de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, trabajar de forma productiva para contribuir con su comunidad y disfrutar de las cosas que lo rodea.

La OMS (2019) entre otras organizaciones de salud unen sus esfuerzos con el fin de generar estrategias que sirvan de apoyo para diagnosticar y tratar trastornos de salud mental en los seres humanos. Además, promueven recomendaciones para que los individuos tengan una salud mental estable en la sociedad, ya que ésta puede ser alterada por factores sociales, entre las cuales se menciona:

- Aunque parezca insignificante, los gobernadores del mundo deben crear entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental.
- Además, se debe permitir a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.

- La OMS también detalla que se debe propiciar un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos.
- Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, insiste en los centros educativos fortalecer entornos saludables para los niños y adolescentes en edad escolar, ya que en los últimos años se ha incrementado el acoso escolar.

Muchas veces se detiene a pensar en lo importante que es tener una buena salud mental. Esto hace que no se preocupen por ella y que no se cuide como debería. Todo esto puede tener algunas consecuencias como, por ejemplo, la imposibilidad de tener relaciones sanas con los demás. Aunque no sea visible, una buena salud mental influye directamente en muchos aspectos de la vida diaria y, además, ayuda a gozar de diversos beneficios (Vera, 2001).

Cuidar la salud mental no una cuestión de evitar a toda costa el estrés, negar emociones como la tristeza, el miedo y la ira, sino de aprender a gestionar de forma eficiente los pensamientos y emociones a diario. Una buena salud mental puede traducirse como un estado de equilibrio, tanto con uno mismo como con los demás, lo cual supone una serie de beneficios (Vera y Tánori, 2002).

Si lo se piensa un poco, cuando las personas se sienten en paz consigo mismos, no solo se gestionan mejor las dificultades que puedan surgir, sino que además se puede cultivar mayor facilidad hábitos, gestos e incluso ideas positivas. Cuando no existe buena salud mental y, por el contrario, se está demasiado agobiado, estresado y ansioso, puede que estallen sin motivo alguno, en una situación que hubiera podido resolverse sin mayor inconveniente, para ninguna de las partes (Vera y Tánori, 2002).

Gestionar los pensamientos y emociones de una forma sana, no es cuestión de una sesión de meditación, una sesión de terapia o cualquier otro evento puntual. En realidad, se trata de una labor constante, en la cual se dan cuenta de que la clave es intentar mantenerse flexibles al mismo tiempo que cultivan el amor propio. En caso de malestar, lo más recomendable es buscar ayuda profesional. Por otra parte,

si no se siente algún malestar, pero se tienen algunas inquietudes, también se puede recurrir al psicólogo. La idea de que el psicólogo solo está allí cuando hay «problemas» es uno de los conceptos errados más comunes. No hay por qué esperar a que algo esté «mal» para buscar ayuda (Vera y Tánori, 2002).

Tener una buena salud mental garantiza tener unas relaciones saludables y enriquecedoras. Cultivar las relaciones que se tienen con los demás es algo indispensable para sentirse bien consigo mismo, ya que son seres sociales. En el caso de que no se disfrute de una buena salud mental, ello podría afectar en diferentes ámbitos de la vida. Podrían sentirse aislados de los demás, que no encajan nadie y esto podría llevar a sentirse solos. Puede que se llegue a buscar el aislamiento ya que no se consigue encajar con los demás. Sin embargo, al mismo tiempo tampoco se soportarían a sí mismos (Vera y Tánori, 2002).

2.9 SALUD MENTAL POSITIVA EN MAESTROS

Se conoce poco de los factores referentes a las condiciones de trabajo, específicamente de los docentes, que pueden ser predictivos de salud mental positiva, ya que de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), éste debe ayudar a las personas a desarrollar sus potencialidades y a lograr su bienestar. En los últimos años, ha habido un importante avance hacia un posicionamiento teórico que toma en cuenta indicadores positivos en el trabajo que ayuden al incremento de la salud mental (Parra, 2005).

Por tanto, considerando que desde hace unas cuantas décadas se viene destacando el impacto que conlleva en estudiantes y docentes la importancia de las condiciones laborales en la calidad de la educación y, en específico, la influencia de las condiciones de trabajo en el estado de salud mental de los docentes, resulta importante analizar a profundidad la influencia del ambiente laboral en el desempeño de los docentes (Parra, 2005).

Tradicionalmente se ha considerado que buenas condiciones de trabajo, sumado a la cantidad de dinero que se recibe a cambio de la prestación de servicios, es suficiente para que las personas se desempeñen adecuadamente en su campo

laboral. Sin embargo, dicha visión es insuficiente ya que minimiza el impacto que el ser humano imprime en todo entorno, “dejando de lado un amplio e importante ámbito que influye en la calidad de vida del profesorado y en su capacidad para desarrollar respuestas afectivas, emocionales y humanas que contribuyan a un buen desempeño profesional (Parra, 2005).

Dicho lo anterior, se puede afirmar que el ambiente laboral es un conglomerado de situaciones, de carácter interno y externo, que definen y desencadenan una serie de sensaciones de satisfacción o de frustración en el docente. Muchos docentes sienten respecto a las condiciones en que deben realizar su labor, con muchas deficiencias que no se han atacado, aun cuando se han manifestado desde hace décadas; esto hace que los docentes también se cuestionen como profesionales y sientan baja satisfacción en su labor (Robalino & Körner, 2005).

Dentro de las distintas afecciones que aquejan al profesorado, en cuanto a su salud mental, varios autores se refieren a este conjunto como “Malestar Docente”. Es así como algunos autores utilizan la palabra malestar como término inclusivo que reuniría los sentimientos de los profesores ante una serie de situaciones imprevistas en el desarrollo de su trabajo (Corbalán, 2005).

Tal como lo indica Cornejo (2005) el malestar profesional, y en especial el docente, cada vez toma mayor importancia, aludiendo a fenómenos y vivencias de los trabajadores que, aunque no constituyen una enfermedad clara, y por lo tanto, no son motivo de licencias médicas, alteran profundamente el bienestar de los trabajadores y la calidad de su trabajo que, en el caso de los docentes, influye directamente sobre los educandos y su aprendizaje.

Los educadores pueden sentir frustración y ansiedad al enfrentar a un alumno con problemas de conducta, de aprendizaje o deficiencia atencional porque, además de la situación en sí, sentirían la presión de los directivos y de sus colegas. Señala, asimismo, que sería posible encontrar un aumento en la tensión y la ansiedad en los profesores cuando deben enfrentar a un alumno con alteraciones de conducta, ya que el docente sabe que el estudiante estará coartando sus labores de

enseñanza habituales, y eso le acarrearía una sobrecarga en su trabajo (Jadue, 2002).

Iriarte (1999) plantea que, en Colombia, además de los factores de estrés habituales indicados en otros estudios, se suman factores relacionados al poder y la violencia, que son propios de la historia política y social de ese país. En tal sentido, señala que gran parte del malestar docente se relaciona con situaciones de asesinatos y secuestros, de los que pueden ser víctimas los docentes. El autor deja entrever, finalmente, que no se ha desarrollado un plan o política adecuada para la formación de salud mental en los docentes en Colombia, a pesar de que, a su juicio, es muy coherente el desarrollo de la promoción en salud con los objetivos filosóficos de la educación.

El estudio nacional de salud mental realizado en el año 2003 en Colombia, visibiliza la prevalencia de trastornos mentales según la condición laboral, encontrándose que la mayor prevalencia está en la población pensionada o jubilada con un porcentaje del 49,5% seguido de la población que se encuentra en situación de empleado con un 38,6%. En esta última categoría pueden encontrarse los docentes universitarios, quienes se enfrentan diariamente con situaciones que ponen a prueba sus recursos y son potencialmente estresoras Iriarte (1999).

Menciona Pando (2012) que son pocos los autores que aportan al concepto de la salud mental positiva, pero además son escasas las concepciones aplicadas a la salud ocupacional. Situación que requiere ser modificada, ya que el trabajo es una de las principales actividades humanas y a la que se le dedica gran parte de la vida. En el caso particular de los docentes esto cobra gran trascendencia, ya que su intelectualidad y capacidad para la realización de funciones dependen del grado de salud mental que estos posean.

A pesar de que existen algunos acercamientos por estudiar la salud mental positiva, la evidencia aun es escasa, por ejemplo, Amar (2008), realiza una comparación de salud mental positiva en menores que trabajaban y no trabajaban, los hallazgos indicaron que más que el trabajo, el problema mayor fueron las precarias condiciones en las que vivían los menores.

Se conoce poco de los factores referentes a las condiciones de trabajo, específicamente de los docentes, que pueden ser predictivos de salud mental positiva, ya que de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), éste debe ayudar a las personas a desarrollar sus potencialidades y a lograr su bienestar. En los últimos años, ha habido un importante avance hacia un posicionamiento teórico que tome en cuenta indicadores positivos en el trabajo que ayuden al incremento de la salud mental (Amar, 2008).

Es por eso que este estudio se fundamenta en un modelo teórico de abordaje auténticamente positivo, basado en la psicología positiva, que tiene como objetivo la promoción de la salud (Seligman y Peterson, 2003), es así que aborda aspectos como bienestar y fortalezas personales, así también recupera aportaciones del humanismo como son el desarrollo de capacidades y potencialidades humanas (Maslow, 1954, 1962; Allport, 1961; Rogers, 1963); a su vez utiliza contribuciones de la salutogénesis que aluden a la generación de círculos virtuosos para la creación e incremento de la salud (Antonovsky, 1979, 1987, 1996), y del enfoque ambiental como base para promover la salud mental en distintos contextos como es el ámbito ocupacional.

No obstante, el avance teórico del que se habló la salud mental positiva ocupacional se encuentra poco estudiada, debido principalmente a que las investigaciones científicas se han centrado más en identificar aspectos de daños a la salud asociados con el trabajo, más aún en el caso de los profesores quienes deben relacionarse con otras personas para realizar su trabajo académico (Antonovsky, 1979, 1987, 1996).

El panorama investigativo respecto a la salud mental en la formación universitaria es en general restringido, pues, si bien existen publicaciones e investigaciones referidas al tema, están en su mayoría orientadas a analizar factores que inciden en el desempeño del profesor en ejercicio o a determinar las características de programas de salud mental en establecimientos de educación, ya sea de formación escolar o universitaria (Claro & Bedregal, 2003; Comission of Mental Health, 2012;

Corvalán, 2005; Hanlon, 2012; Iriarte, 1999; Muñoz de Morales, 2006; Robalino & Korner, 2006).

Sin embargo, existen algunas investigaciones que se enfocan en analizar características y habilidades relacionadas con la salud mental en estudiantes universitarios en general, donde algunos de ellos estudian alguna pedagogía (Camacho & Padrón, 2006; Florenzano, 2005; Mori, 2000; Pérez, 2011).

Según Camacho y Padrón (2006) a partir de una investigación realizada en España, una de las mayores necesidades de los estudiantes es cómo manejar la ansiedad y el estrés, así como controlar la frustración. Plantean además que, al no tener adecuadamente desarrolladas las habilidades sociales, de autoestima y autocontrol, los docentes en ejercicio no logran compartir con colegas o directivos sus dificultades en el manejo de situaciones complejas con estudiantes, para no dar una imagen de debilidad.

Teniendo en cuenta que la escuela es un escenario privilegiado para favorecer el desarrollo emocional temprano, se han desarrollado programas que incluyen varios tipos de intervenciones por medio de las cuales se contribuye a que los niños adquieran las competencias necesarias para entender, manejar y expresar sus emociones e inscribirse en el mundo social (Gottfredson, 2001 citado por Greenberg, Domitrovich, Graczyk, & Zins, 2005; Elias, & cols., 1997, citados por Greenberg, & cols., 2005).

En cuanto a los programas dirigidos a los niños, Ross (1979) señala que algunos de los aspectos que se deben tener en cuenta con respecto al desarrollo emocional son el rol activo que tiene el niño en su propio desarrollo; la múltiple causalidad que requiere que se tengan en cuenta distintas teorías para su comprensión; el contexto que lo determina y al cual simultáneamente determina; el componente vinculante en torno a la cultura; el reconocimiento de la influencia que ejercen las tendencias del momento actual; la necesidad de variadas estrategias investigativas y, por último, la interdependencia entre las investigaciones en desarrollo emocional y las políticas sociales.

En consonancia con lo anterior, el estudio de Bierman y cols. (2010), hace énfasis en que los programas de aprendizaje socio emocional pueden tener efectos preventivos importantes porque, si se implementan durante un tiempo considerable, influyen en la disminución de las tasas de agresión en la población, mejoran la competencia social y el compromiso académico de los alumnos en las escuelas. Por su parte, Denham, Zoller y Couchoud (1999), destacan que los procesos de socialización que incluyen explicaciones sobre las emociones y respuestas positivas y negativas del adulto hacia las experiencias emocionales del niño, inciden en el reconocimiento y comprensión que éste puede tener de las emociones.

El programa desarrollado por Denham y Burton (2003) para el progreso de la competencia emocional en niños, busca inicialmente que el niño pueda entender y nombrar las emociones; ayudar al niño a poner los sentimientos en palabras y a nombrar los afectos en sí mismo y en otros, y reconocer las acciones que pueden causar las emociones.

Este programa trabaja con la propia experiencia del docente en situaciones similares de reconocimiento de emociones, resolución de conflictos, etc. para que pueda tener una mejor comprensión de la vida emocional de los niños. Adicionalmente, presentan programas de otros autores que buscan incidir en la competencia emocional de los niños (Denham y Burton, 2003). En general, todos los programas presentados por los autores coinciden en aspectos centrales como son:

- 1) La importancia del apego de los niños con sus docentes como base para la intervención (Burton & Denham, 1998).
- 2) El trabajo sobre la comprensión y regulación emocional (Domitrovich, Cortes & Greenberg, 2002).
- 3) El abordaje de la resolución de problemas o conflictos sociales (Izard & Bear, 2001).
- 4) Un énfasis en la individualización y orientación positiva en el manejo de la conducta (Webster-Stratton, 2000).

Ahora bien, si la relación entre el desarrollo emocional temprano y el contexto escolar parece estar clara, es importante entonces hacer una aproximación a la función del docente y a la relación que establece con sus alumnos. Desde esta perspectiva, tener en cuenta la competencia emocional del docente es de central importancia (Burton, & Denham, 1998; Domitrovich, Cortes, & Greenberg, 2002, Izard, & Bear, 2001, Webster-Stratton, 2000, citados por Denham y Burton, 2003).

Mieles y cols. (2009) señalan que cuando un docente sabe qué hacer y cómo, qué enseñar y a quiénes, cuáles son los métodos, las técnicas y las estrategias indicadas, esto sirve para favorecer el desarrollo de algunas competencias. Sin embargo, todo lo anterior resulta insuficiente para promover el desarrollo integral de los seres humanos y favorecer la salud mental. Para acceder a este logro es necesario que el docente pueda identificar sus propias necesidades y tener la capacidad de hacerse cargo de su experiencia emocional (Mieles-Barrera, & cols., 2009).

Con respecto a los programas que se ocupan de priorizar el componente psicoafectivo de la relación entre el docente y sus alumnos, Denham y Burton (2003) enfatizan que el punto de partida de cualquier intervención es crear un apego seguro, es decir, una relación emocionalmente positiva. Se debe trabajar el vínculo del docente y sus figuras de apego e identificar el modelo interno de funcionamiento, para reconocer cómo se ve reflejado éste en la relación entre ella y los niños. Se le invita a recordar, por ejemplo, con quien tenía buenas relaciones en la infancia y cómo eran, qué lo motivó a ser docente de pre-escolar, cómo fueron disciplinados en su infancia y las emociones dolorosas y negativas que vivieron con algunos métodos que utilizaron los adultos.

Solo después será posible para el docente, pensar en algunas formas alternativas de hacerlo con los niños que tiene a su cargo. Los autores enfatizan cómo en los currículos tradicionales se asume que el desarrollo socio emocional se da implícitamente por el contacto de los niños con otros y se tiene la visión de que un buen profesor es quien mantiene su clase ordenada y disciplinada (Denham y Burton, 2003).

Adicionalmente, en la investigación de Reinke, Stormont, Herman, Puri y Goel (2011), se encontró que, si bien los docentes perciben su responsabilidad en las intervenciones básicas en salud mental en el salón de clase, consideran que el aspecto socio emocional de sus estudiantes, es fundamentalmente responsabilidad de los psicólogos (Kratochwill y Shernoff, 2004, citados por Reinke, & cols., 2011). La falta de formación en este sentido puede incrementar el estrés docente y dificultar el responder adecuadamente a los niños que presentan dificultades emocionales o de comportamiento, lo que se vuelve un círculo vicioso que incrementa el estrés del docente y las dificultades del niño (Yost, & Mosca, 2002, citados por Sepulveda, Garza, & Morrison, 2011).

En el contexto de la relación docente alumno, pensando en la importancia que tiene para el desarrollo del niño y particularmente para su salud mental, se encuentran investigadores que han mostrado que la capacidad de mentalización es fundamental porque contribuye a la comprensión de las relaciones interpersonales entre ellos. Adicionalmente, este concepto se presenta como componente esencial de algunas estrategias de intervención exitosas, tanto en el contexto escolar como no escolar, dirigidas a la promoción y prevención en salud mental (Allen, & Fonagy, 2006).

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el nivel de salud mental positiva en maestros de educación básica de Tejupilco, Estado de México.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Identificar la satisfacción personal en maestros de educación básica
- Describir la actitud prosocial en maestros de educación básica.
- Conocer el autocontrol en maestros de educación básica.
- Reconocer la autonomía en maestros de educación básica.
- Identificar la resolución de problemas y autoactualización en maestros de educación básica.
- Localizar las habilidades de relación interpersonales en maestros de educación básica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas gozan de salud mental positiva cuando encuentran un equilibrio entre lo que ellos esperan de la vida y lo que la vida les ofrece, generándoles un sentimiento de felicidad (Jahoda, 1999) y al no tenerlo, crea un conflicto interno de conductas y por ende de salud mental.

Las horas a la semana que pasan los maestros laborando, van en promedio de 15 a 34 horas en un 54.3% de los docentes; el 38.1% trabaja de 35 a 48 horas semanales; sólo un 2.7% más de 48 horas y 4.9% menos de 15 horas trabajadas. Lo cual hace que la carga laboral sea un estresante para la salud mental y física de los docentes (Corbalán, 2005)

Dentro de las distintas afecciones que aquejan al profesorado, en cuanto a su salud mental, varios se refieren a este conjunto como “Malestar Docente”. Es así como “algunos utilizan la palabra malestar como término inclusivo que reuniría los sentimientos de los profesores ante una serie de situaciones imprevistas en el

desarrollo de su trabajo” (Corbalán, 2005). Tal como lo indica Cornejo (2005) el malestar profesional, y en especial el docente, cada vez toma mayor importancia, aludiendo a “fenómenos y vivencias de los trabajadores que, aunque no constituyen una enfermedad clara, y por lo tanto, no son motivo de licencias médicas, alteran profundamente el bienestar de los trabajadores y la calidad de su trabajo” que, en el caso de los docentes, influye directamente sobre los educandos y su aprendizaje.

Cifras nacionales reportan que la depresión y el estrés laboral encabezan los problemas en los trabajadores con una prevalencia de 11,3% en mujeres y 6,4% en hombres en población general (Alvarado & Rojas, 2011). En salud, los trabajadores presentan quejas de agravios a la salud física y mental, relacionados al trabajo y a los factores de riesgos ocupacionales existentes en los ambientes laborales (Cruz & Carmo, 2010).

Por otra parte, los conflictos en el trabajo tienen efectos negativos en el bienestar psicológico, lo que, unido a las altas expectativas de las personas, el escaso tiempo, habilidades o apoyo social insuficientes, puede conducir a una deficiente prestación de los servicios (Marine, Ruotsalainen, Serra & Verbeek, 2009). Lo expuesto, posiciona a la salud mental positiva como una de las responsabilidades bioéticas de mayor importancia para los profesionales de esta área (Megía & Moreno, 2013). Se espera que las políticas de salud pública logren mayor promoción, especialmente en países en vías de desarrollo y que se alcance una integración entre el modelo biomédico, biopsicosocial, económico y el de las ciencias humanas (Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

Esto sugiere que la salud mental positiva podría ser un factor clave en términos de incrementar el nivel de salud general, y poder detectar a quienes tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental (Keyes, Dhingra, Simoes, 2010). Por ello, ante todo esto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de salud mental positiva en maestros de educación básica de Tejupilco, Estado de México?

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de tipo descriptivo, ya que solo se dará un informe de lo que arrojaron los resultados, solo pretende identificar el nivel de salud mental positiva en maestros de educación básica de Tejupilco, Estado de México.

VARIABLE

Salud mental positiva

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Salud mental positiva: es definida por Jahoda (1967) como la interacción de múltiples factores y la estudia desde una perspectiva psicológica, pero acepta planamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y mentales del ser humano. Sin embargo, acepta que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se aplicó la escala Salud Mental Positiva de Luch (1999). El instrumento consto de 39 reactivos y los factores que mide son los siguientes: factor 1 "Satisfacción personal", factor 2 "Actitud prosocial", factor 3 "Autocontrol", factor 4 "Autonomía", factor 5 "Resolución de problemas y autoactualización" y factor 6 "Habilidades de relación interpersonal"

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se consideró de tipo no experimental transversal, ya que la variable fue medida en su contexto natural, sin ninguna alteración y se aplicó el instrumento en un tiempo y momento único.

POBLACIÓN

La población con la que se realizó la investigación fueron con maestros de educación básica de Tejupilco, Estado de México, de la Escuela Primaria México 68.

MUESTRA

La muestra fue con 30 maestros de la Escuela Primaria “México 68” del municipio de Tejupilco, Estado de México. Los cuales deben ser originarios del mismo municipio, estar frente a grupo, que sean de tiempo completo, sean basificados, con un rango de edad entre 30 a 50 años de edad, que tengan la disposición para realizar el cuestionario y fueron 19 mujeres y 11 hombres.

INSTRUMENTO

Para medir la Salud Mental Positiva se utilizó la Escala de Salud Mental Positiva de Luch (1999). El instrumento constó de 39 reactivos, los cuales están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) ofreciendo cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre; con bastante frecuencia; algunas veces; nunca o casi nunca). Para su análisis los ítems negativos deben de ser invertidos, los cuales son: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 35 y 37.

Se obtiene una puntuación global del Cuestionario de Salud mental Positiva y de cada uno de los 6 factores, los valores bajos se asocian con una baja salud mental positiva en tanto que los valores altos indican una elevada salud mental positiva. La escala global reporta una consistencia interna a través de alfa de Cronbach de 0.9061 y fiabilidad test-retest de $r=.85$. Los seis factores extraídos arrojan el 46.8% de la varianza total. La correlación entre todos los factores es significativa por lo que la autora confirma una estructura multifactorial.

La calificación de los factores se realiza de la siguiente manera (tabla 1):

Tabla 1: *Distribución de los factores de Salud Mental Positiva*

Factores	Ítems
F1: Satisfacción personal	4*, 6,7,12,14, 31, 38,39
F2: Actitud Prosocial	1, 3, 23*, 25*, 37*
F3: Autocontrol	2, 5*, 21*, 22*, 26*

F4: Autonomía	10, 13, 19, 33, 34
F5: Resolución de problemas y Autoactualización	15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36*
F6: Habilidades de relación interpersonal	8, 9, 11*, 18*, 20*, 24, 30

Nota: * indica los ítems invertidos. Tesis Doctorar de Lluch (1999).

Los factores que mide este instrumento son los siguientes:

Factor 1. “Satisfacción personal”, Autoconcepto, satisfacción con la vida personal, satisfacción con las perspectivas de futuro.

Factor 2. “Actitud prosocial” Predisposición activa hacía lo social/hacía la sociedad, actitud social “altruista” / actitud de ayuda-apoyo hacía los demás, aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.

Factor 3. “Autocontrol” Capacidad para el afrontamiento del estrés/de situaciones conflictivas equilibrio emocional/control emocional, tolerancia a la ansiedad y al estrés.

Factor 4. “Autonomía” Capacidad para tener criterios propios, independencia, autorregulación de la propia conducta, seguridad personal/confianza en sí mismo.

Factor 5. “Resolución de problemas y autoactualización” Capacidad de análisis, habilidad para tomar decisiones, flexibilidad/capacidad para adaptarse a los cambios, actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.

Factor 6. “Habilidades de relación interpersonal” Habilidad para establecer relaciones interpersonales, empatía/capacidad para entender los sentimientos de los demás, habilidad para dar apoyo emocional, habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Para recabar a las y los participantes se visitó la escuela primaria “México 68” del municipio de Tejupilco, Estado de México, verificando que estas cumplieran con los

criterios de inclusión. Posteriormente, los y las maestras fueron informados que su participación en el estudio sería anónima y voluntaria, de igual manera se les comento que en cualquier momento podrán sentirse libres de abandonar la investigación y se les informó el objetivo del estudio. Después de dar a conocer estas especificaciones y obtener su consentimiento informado se procedió con la entrega de los instrumentos dando a conocer las instrucciones. Al concluir la aplicación se verificó que todos los ítems fueran contestados y finalmente se agradeció por su participación.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Después de la aplicación del instrumento, el vaciado de datos fue a través del paquete SPSS Versión 23, agregando el estadístico t de Student. Lo cual permitió obtener la media, moda y frecuencia para analizar el nivel de la salud mental positiva en los maestros de educación básica de Tejupilco, Estado de México y una vez obtenidos los resultados se realizaron gráficas y tablas.

RESULTADOS

El propósito de este estudio fue analizar el nivel de salud mental positiva en maestros de educación básica y determinar el porcentaje de salud mental positiva, por lo que se utilizó la Escala de Salud Mental Positiva de Luch (1999) el cual consta de 39 reactivos. A lo que se obtuvieron los siguientes resultados después de realizarse la base de datos en el paquete estadístico SPSS Versión 23, agregando el estadístico t de Student, iniciando con una gráfica sobre el nivel de salud mental positiva en maestros:

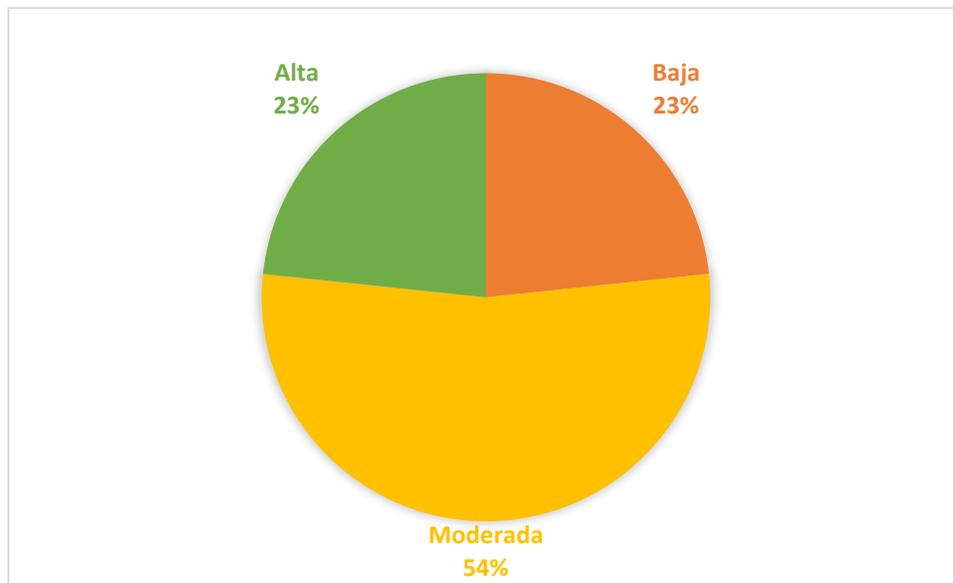


FIGURA 1. NIVEL DE SALUD MENTAL POSITIVA EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de salud mental positiva en los maestros de educación básica resultó que hay un 23% en nivel bajo, mientras que el 54% tiene un nivel moderado y un 23% un nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto y bajo, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado. Fuente: Elaboración propia.

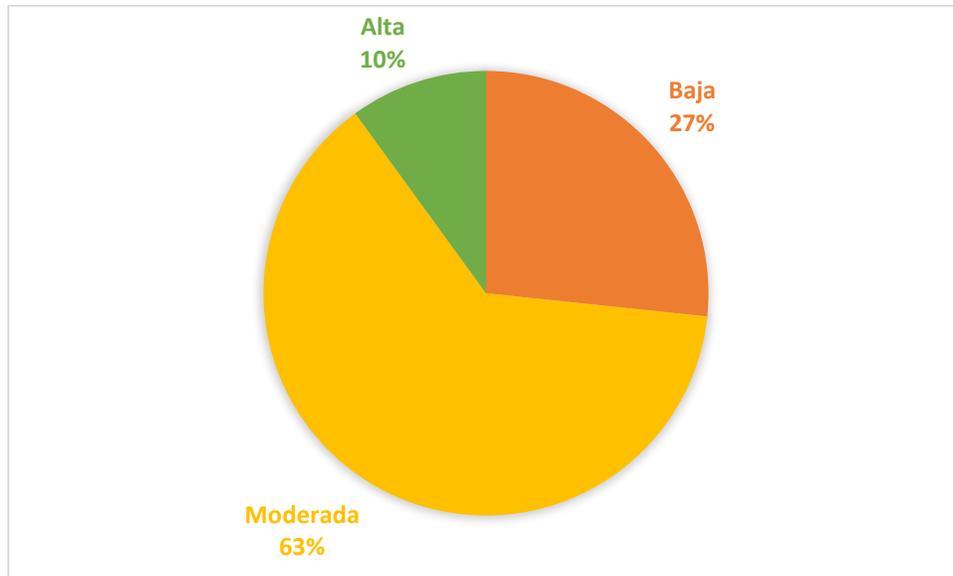


FIGURA 2. NIVEL DE SATISFACCIÓN PERSONAL EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de la satisfacción personal en los maestros de educación básica resulto que hay un 27% en nivel bajo, mientras que el 63% tiene un nivel moderado y un 10% en nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado de satisfacción personal. Fuente: Elaboración propia.

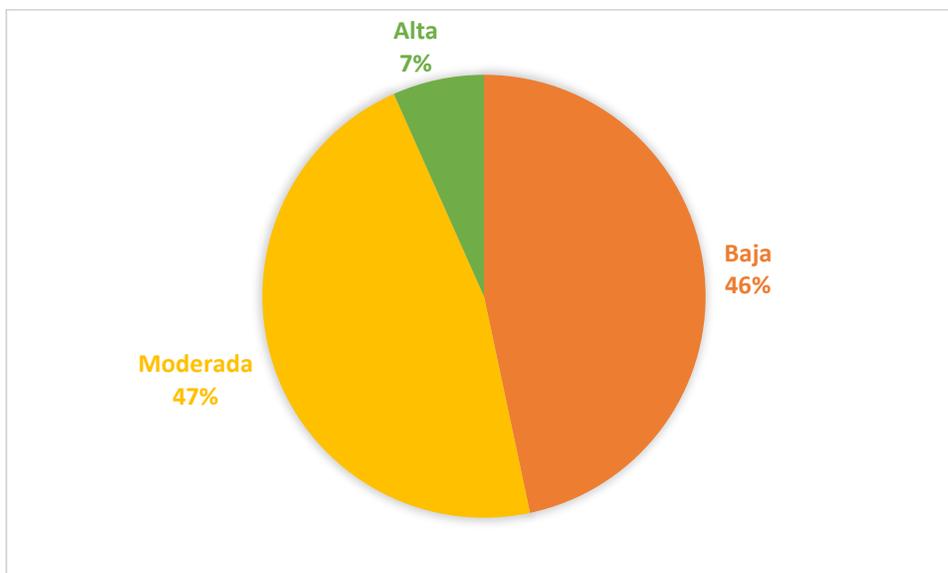


FIGURA 3. NIVEL DE ACTITUD PROSOCIAL EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de actitud prosocial en los maestros de educación básica resulto que hay un 46% en nivel bajo, mientras que el 47% tiene un nivel moderado y solo un 7% en nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado de actitud prosocial. Fuente: Elaboración propia.

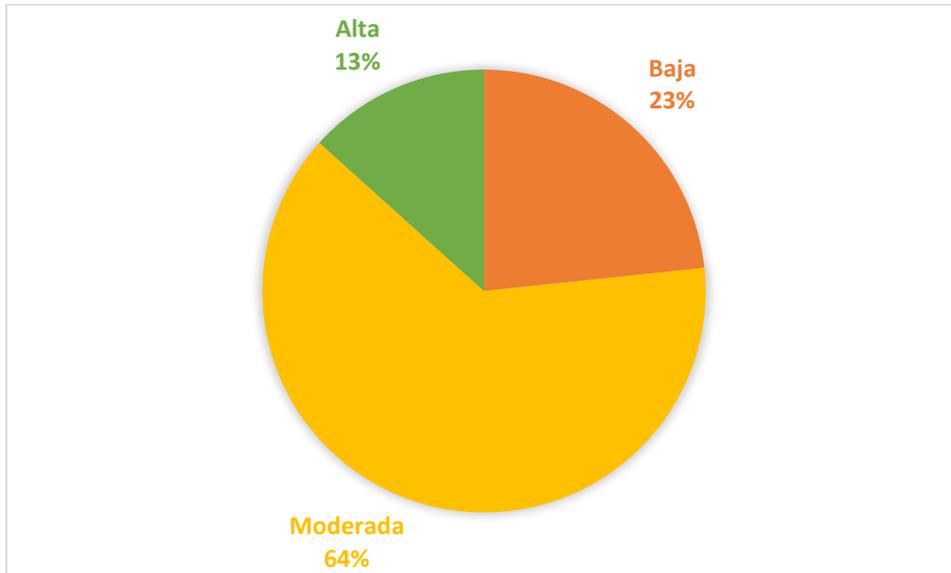


FIGURA 4. NIVEL DE AUTOCONTROL EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de autocontrol en los maestros de educación básica resulto que hay un 23% en nivel bajo, mientras que el 64% tiene un nivel moderado y un 13% en nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado de autocontrol. Fuente: Elaboración propia.

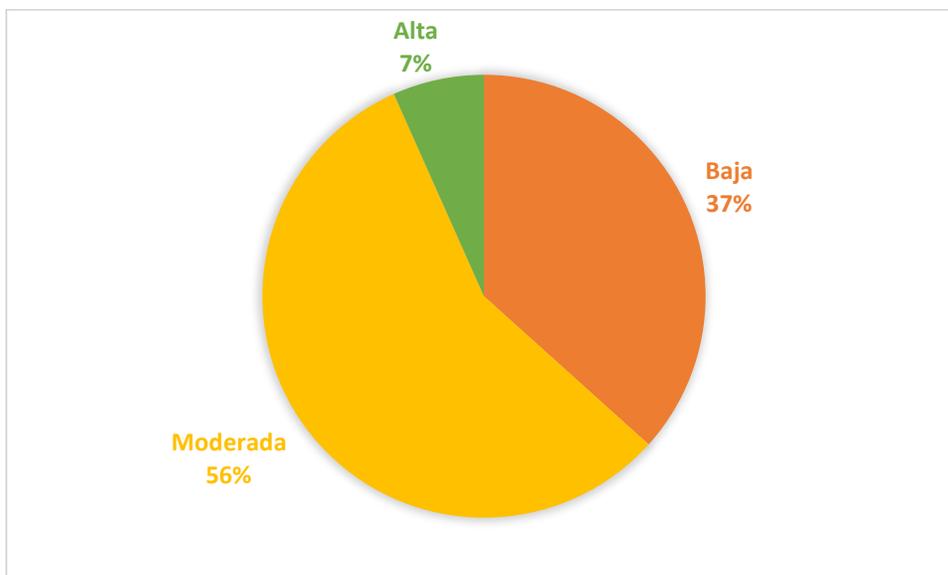


FIGURA 5. NIVEL DE AUTONOMÍA EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de autonomía en los maestros de educación básica resulto que hay un 37% en nivel bajo, mientras que el 56% tiene un nivel moderado y un 7% en nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado de autonomía. Fuente: Elaboración propia.

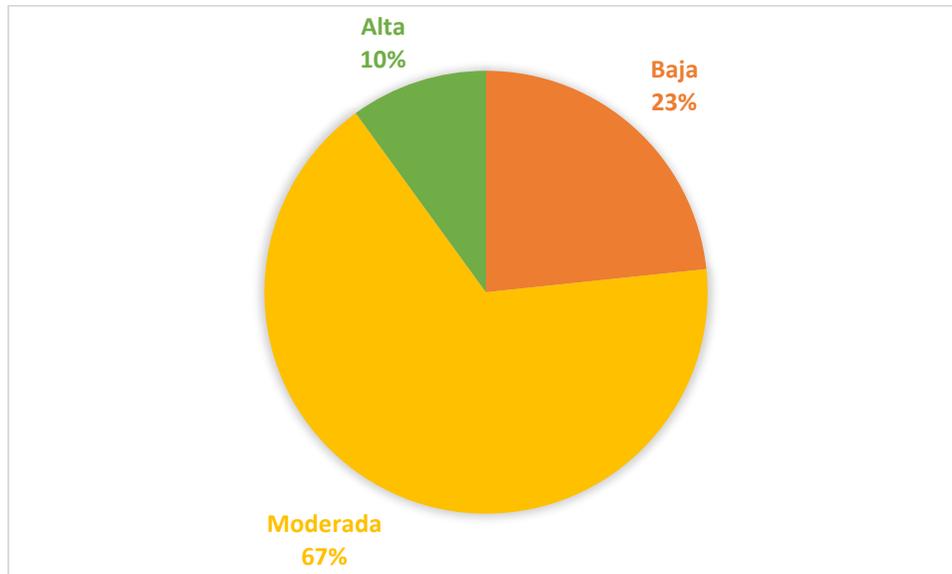


FIGURA 6. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de resolución de problemas y autoactualización en los maestros de educación básica resultó que hay un 23% en nivel bajo, mientras que el 67% tiene un nivel moderado y un 10% en nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado de resolución de problemas y autoactualización. Fuente: Elaboración propia.

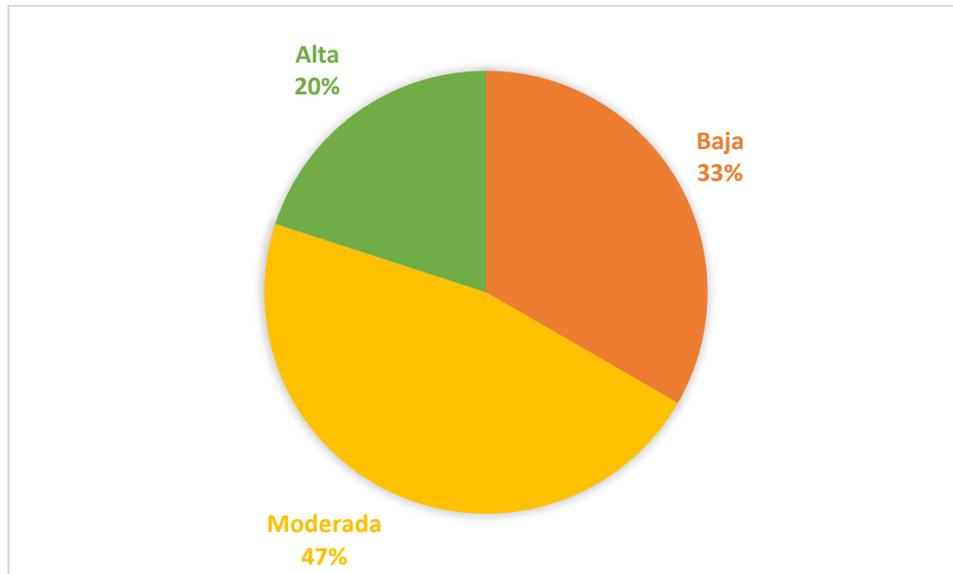


FIGURA 7. HABILIDADES DE RELACIÓN INTERPERSONAL EN MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Al evaluar el nivel de habilidades de relación interpersonal en los maestros de educación básica resulto que hay un 33% en nivel bajo, mientras que el 47% tiene un nivel moderado y un 20% en nivel alto. Hay un menor porcentaje en nivel alto, sin embargo, hay un mayor porcentaje que tiene un nivel moderado de habilidades de relación interpersonal. Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La docencia es considerada una de las profesiones más estresantes, sobre todo porque implica un trabajo diario basado en interacciones sociales en las que el docente debe hacer un gran esfuerzo para regular no solo sus propias emociones sino también las de los estudiantes, padres, compañeros, entre otros (Palomera, Fernández, Brackett, 2008). El ejercicio docente en Colombia es considerado como un factor de riesgo que puede desencadenar múltiples patologías entre ellas la hipertensión arterial, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales y cardiovasculares (Terán y Botero 2012).

Las cargas de trabajo académico con las que tienen que lidiar diariamente los docentes muchas veces sobrepasan su capacidad de resistencia física y psíquica. Es sabido que una de las principales causas de malestar en los docentes se debe a un ambiente de trabajo que perciben como hostil y altamente competitivo. En estas circunstancias la hipocresía entre colegas no basta para permitir el desarrollo creativo de sus potencialidades, por lo que ante el “quiebre de las relaciones interpersonales” (Tamez y Pérez J, 2009), los docentes reaccionan de muy distintas formas, desde la negación de estar “quemados” hasta el refugio reactivo en la religión o el consumo de alcohol u otras drogas.

La situación que describe Granda (2008) al referirse a la salud pública no es ajena al campo de la salud mental. El concepto de salud mental positiva aparece en la literatura con el trabajo de Maria Jahoda (1958), cuando recibe el encargo de la Joint Commission on Mental Illness and Health (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental) para preparar un informe sobre el estado de la salud mental. Como resultado de este trabajo se presenta un modelo compuesto por seis dominios y una serie de subdominios relacionados que podrían caracterizar la SMP de los individuos, sean estos sanos o con alguna enfermedad mental.

La salud mental positiva consiste en la búsqueda continua de la realización del verdadero potencial de la persona, y que salud positiva y salud negativa son dos dimensiones independientes. Afirma que la salud positiva incluye los componentes

físicos y mentales y las relaciones entre estos componentes, por lo que la SMP es un proceso dinámico y multidimensional.

Es por ello que en base a lo analizado anteriormente el objetivo principal de esta investigación fue conocer el nivel de salud mental positiva que presentan los docentes de educación básica del municipio de Tejupilco, Estado de México, ya que en dicho municipio la mayoría de los pobladores adultos se encuentra ejerciendo dicha profesión y por medio de ello se tiene un panorama general de como se ve reflejada la salud mental.

Dentro de los resultados de la presente investigación se ve reflejado que la salud mental positiva de los maestros se encuentra en una posición en la cual tanto puede mejorar o como puede complicarse dependiendo del ambiente en que se encuentren desarrollando su labor docente.

Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado por Iparraguirre y Edita (2016) el cual llevo por título nivel de los factores de la salud mental positiva en docentes de instituciones educativas religiosas de la ciudad de Sullana, este estudio se realizó en 238 docentes de la ciudad de Sullana, Perú, la mayoría de docentes presentan un nivel medio de salud mental positiva.

Por otro lado, dentro de la investigación que se llevó a cabo en el factor de satisfacción personal en los docentes de educación básica del municipio de Tejupilco, Estado de México, se refleja que la mayoría de los docentes tienen ciertas características de sentirse en una posición de satisfacción con su auto concepto, y una buena perspectiva de sí mismo hacia el futuro.

A diferencia de los resultados que se obtuvieron en la investigación realizada por Toribio, Gonzales-Arriata, Van Lacruz (2018), el cual llevo por nombre Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo, el cual fue realizado en 533 participantes de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Todos estudiantes de nivel medio superior, hombres (44.4%) y mujeres (55.6%), entre 14 y 20 años. La puntuación más elevada se obtuvo en satisfacción personal,

lo que es similar a lo que reportaron, con lo que se puede inferir que uno de los aspectos que fortalece en gran medida la salud mental positiva de los adolescentes, es encontrar satisfacción en lo que hacen y sentirse capaces de lograr las metas que se proponen.

En cuanto al factor 2 actitud prosocial se encontró como resultado que en los maestros de educación básica lo que refleja que la mayoría de los docentes presenta ciertas actitudes en pro de ayudar a la sociedad o a los demás individuos que lo rodean con los que conviven diariamente, teniendo la mayoría una actitud altruista en la sociedad en la que se desarrolla.

Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio que se llevado acabo por Medina-Perez, y Cardona (2012) el cual llevo por título Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia Quindío, se aplicó a 78 estudiantes de psicología entre 16 y 23 años, seleccionados aleatoriamente y se obtuvo como resultado que el 91% de los alumnos se encuentran en un puntaje alto con lo que respecta al factor 2 actitud prosocial, por tanto, se puede deducir que la población objeto de estudio posee características y habilidades para entender las actitudes y sentimientos de los demás.

En cuanto al factor 3 el cual es el autocontrol en los maestros de educación básica, lo cual reflejan que tienen cierta capacidad para el afrontamiento del estrés/de situaciones conflictivas equilibrio emocional/control emocional, tolerancia a la ansiedad y al estrés, dentro de los maestros la mayoría refleja tener un porcentaje medio en cuanto a ello por lo cual puede ser un buen referente para evitar perder esta habilidad, si no por el contrario poder fortalecer la misma.

A diferencias, en una investigación realizada por Navarro (2018) que llevo por título características de la salud metal positiva en estudiantes universitarios, la cual fue realizada en estudiantes universitarios del área de la salud, la mayoría de los alumnos reflejaron tener un puntaje alto en este factor, por lo cual se puede hablar que tiene buen manejo del estrés, y además de tener un buen equilibrio emocional.

En cuanto al factor 4 el cual es autonomía en los maestros de educación básica, es por ello que se puede manifestar que los docentes poseen ciertas características de tener criterios propios, independencia, autorregulación de la propia conducta, seguridad personal/confianza en sí mismo.

Resultados similares se obtuvieron en una investigación realizada por Avilés (2018), la cual llevaba por nombre Nivel de salud mental positiva en enfermeras de áreas crítica del Hospital Nacional Dos de Mayo-Lima 2018, esta investigación fue realizada en 54 enfermeras, y se obtuvieron como resultado en un nivel medio en cuanto al factor de autocontrol y autonomía por lo cual se manifiesta que la población analizada tiene habilidades referentes a la independencia y la autorregulación.

Con lo que respecta al factor 5 de resolución de problemas y auto actualización se obtuvo como resultados en los maestros de educación básica, lo cual manifiesta que la mayoría de los docentes presentan ciertas características relacionadas a la capacidad de análisis, habilidad para tomar decisiones, flexibilidad/capacidad para adaptarse a los cambios, actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo. Por lo cual puede ser un punto a partir para poder trabajar en cuanto al mejoramiento de la salud mental positiva de los maestros en educación básica del municipio de Tejupilco, Estado de México.

De igual manera en una investigación realizada por Piguaycho (2020) que llevo como título evaluación de la salud mental positiva en los estudiantes de la escuela profesional de enfermería de la “Universidad Nacional Jorge Basandre Grohmann”, durante la pandemia del covid-19, la cual se realizó en 274 estudiantes de primero hasta quinto año, con una muestra de 144 estudiantes resultado de aplicar el muestreo no probabilístico por conveniencia se obtuvo como resultado en la dimensión de resolución de problemas y actualización, presentando un predominio del nivel medio con el 84,7% del total de estudiantes, siendo mayor el porcentaje en los estudiantes de Tercer año con 92,9% y menor en los estudiantes de Quinto año con 75,0%.

En cuanto al factor 6 habilidades de relaciones interpersonales se obtuvieron los siguientes resultados en los maestros de educación básica, lo cual manifiesta que tienen ciertas características en cuanto la habilidad para establecer relaciones interpersonales, empatía/capacidad para entender los sentimientos de los demás, habilidad para dar apoyo emocional, habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

A diferencia, en un estudio realizado por Barradas, Sánchez, Guzmán, Lourdes, (2010) que tuvo por título factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana, la cual se realizó en 158 Estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana, región Veracruz generaciones 2007 y 2008, en el cual la mayoría resulto con habilidades interpersonales lo cual refleja son aptos de convivir para conseguir fines comunes y, a la vez, mantener su desarrollo y autoexpresión individual.

CONCLUSIONES

En relación a los resultados obtenidos en la presente investigación que lleva por nombre “Salud mental positiva en maestros de educación básica de Tejupilco, Estado de México” se puede concluir en general que la mayor parte de la población cuenta con un nivel moderado de salud mental positiva, mientras que es minoría el número de maestros que tiene un alto y bajo nivel respectivamente.

- Por otro lado, en lo que respecta al factor de satisfacción personal, la mayoría de la población se encuentra en un nivel moderado, lo cual manifiesta que estos maestros presentan en cierto grado un autoconcepto, además de satisfacción con su vida personal y satisfacción con las perspectivas de futuro.
- En cuanto a la actitud prosocial la mayoría de los maestros se encuentran en un nivel moderado, lo cual refleja que tiene cierta predisposición activa hacia lo social, una actitud social “altruista”, una aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.
- Al evaluar el factor de autocontrol se observó que la mayor parte de la población tiene un nivel moderado, lo cual refleja que tienen cierta capacidad para el afrontamiento del estrés, así como situaciones conflictivas y un equilibrio emocional.
- Al evaluar el nivel de autocontrol se obtuvo que la población se encuentra en un nivel moderado, lo cual refleja que tienen cierta capacidad para el afrontamiento del estrés, así como situaciones conflictivas y un equilibrio emocional.
- En conclusión, en cuanto al factor de autonomía la mayoría de la población se encuentran en un nivel moderado, lo cual refleja ciertas características en

cuanto tener un criterio propio, cierta independencia, una autorregulación de la propia conducta, y una confianza en sí mismo.

- En conclusión, en cuanto el factor resolución de problemas y autoactualización se encontró la mayoría de la población se encuentran en un nivel moderado, lo cual refleja que tiene ciertas habilidades para el manejo de resolución de problemáticas.
- En conclusión y en cuanto factor habilidades de relación interpersonal arrojó que la mayoría de los docentes se encuentran en un nivel moderado, lo cual manifiesta que tiene habilidades para poder relacionarse de manera interpersonal dentro de su ambiente de trabajo.

SUGERENCIAS

Con la finalidad de ampliar el conocimiento con respecto al tema, se sugiere lo siguiente:

En cuanto el ámbito de investigación:

- Realizar más investigaciones con la población docente para poder ampliar más el conocimiento que existe sobre la salud mental positiva en dicha población.
- Poder realizar estudios correlacionales en los cuales se pueda analizar la salud mental positiva con el estrés que manifiesta la profesión de la docencia.
- Tener en cuenta algunas características como sexo, edad, nivel socioeconómico y el contexto familiar para poder analizar el impacto que pueden tener en la variable salud mental positiva.
- Realizar investigaciones en donde se involucre la salud mental positiva y distintos niveles educativos para que el medio de análisis sea aún más amplio.

En cuanto al ámbito de intervención:

- Que se les brinden cursos sobre la salud mental positiva con los docentes para que puedan conocer en qué consisten y como fortalecer aquellas áreas en las que necesitan mejorar para tener un nivel alto de salud mental positiva.
- Implementar diferentes actividades de integración y relaciones sociales entre los compañeros de trabajo, para poder mejorar el ambiente que se tiene y así contribuir a la mejora de la salud mental positiva.
- Realizar mayor difusión del tema de salud mental positiva desde su concepto, los factores que interviene en ella, las características que tiene una persona con salud mental positiva alta y los beneficios de la misma en el ámbito laboral.

REFERENCIAS

- Agustín Moñivas Lázaro. (1996) Cuadernos de trabajo social, ISSN 0214-0314, ISSN-e 1988-8295, N° 9, págs. 125-142
- Allen, J., & Fonagy, P. (2006). Handbook of Metallization-Based Treatment. London: John Wiley & Sons, Ltd.
- Alonso, C., Delgado, V., Escudier, J., et al. (2000) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes de Medicina y su relación con factores académicos». XIII Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicación del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM.
- Alvarado R & Rojas G. (2011) Programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. Rev. Méd. de Chile; 139 592- 599. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/ar_t05.pdf,
- Álvarez. M. T. (2003). Condiciones Socioprofesionales de la Salud docente. (tesis), Universidad de Oviedo. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/108003/11097/UOV0045MTGA.pdf?sequence=1>
- Amar, J.; Palacio, J.; Llinás, H.; Puerta, L.; Sierra, E.; Pérez, A. y Velásquez, B. (2008) Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. Suma Psicológica, Vol. 15 N° 2. Septiembre de 2008, 385-403.
- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health promotion international, 11 (1), 11-18
- Arias, C., (2011). La Sensibilidad Emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de Ayuda Psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis.

Universidad de Los Andes. Intervenciones Terapéuticas. Trabajo para optar al grado de Doctor. Universidad Autónoma de Madrid.

- Aronfreed, J. (1976). Moral development from the standpoint of a general psychological theory. Em T. Lickona (Org.). Moral development and behavior: Theory, research and social issues. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1976). Self reinforcement: theoretical and methodological considerations. Behaviorism, 4, 135-155.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. American Psychologist, 33, 344-358.
- Baron, R. & Byrne, D. (2005). Conducta prosocial: Ayudar a otros. Psicología Social (397-444) Madrid: Pearson
- Bierman, K., Coie, J., Dodge, K., Greenberg, M., Lochman, J., McMahon, R., & Pinderhughes, E. (2010). The effects of a multiyear universal social-emotional learning program. The role of student and school characteristics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78 (2), 156-168.
- Boladeras CM. Calidad de vida y principios bioéticos. En: Colección Bíos y Ethos, editor. Bioética y Calidad de Vida. Bogotá, D.C: Ediciones El Bosque; 2000. p. 21-54.
- Buckmaster, S. (2004). Prosocial Behavior: Helping, Sharing and Caring Behaviors. Fielding Graduate Institute. pp. 1-29.
- Camacho, H. & Padrón, M. (2006). Malestar docente y formación inicial del profesorado: percepciones del alumnado. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 20(2), 209-230.
- Campo A, Díaz M, Rueda J, y Barros, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Camps, V. (1995). Paradoja del individualismo. Barcelona: Ariel.
- Camps, V. (2001). Una vida de calidad. Barcelona: Crítica.
- Camps, V. (2005). La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel.

- Cardona AD, Agudelo GH (2006). La flor de la vida: pensemos en el adulto. Aspectos de la calidad de vida de la población adulta. Medellín, 2005. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Cardona AD, Estrada RA, Agudelo GH. Envejecer nos Toca a todos. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003.
- Cardona, D. y Agudelo, H. (2007) Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Rev. Salud pública. 9 (4):511-549.
- Charney, R. (1993). Teaching Children to Care: Management in the Responsive Classroom. Greenfield Mass: Northeast Foundation for Children
- Claro, S. & Bedregal, P. (2003). Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 escuelas de Puente Alto, Santiago, Chile. Revista Médica de Chile, 131(2), 159-167. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000200005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872003000200005
- Cornejo, R. (2012). Nuevos sentidos del trabajo docente: un análisis psicosocial del bienestar/malestar, las condiciones de trabajo y las subjetividades de los/as docentes en el Chile neoliberal (Tesis de Doctorado). Universidad de Chile, Santiago. En: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/111523>
- Cortés, M., Mestre, V., Nácher, M. & Samper, P. (2006). Conducta prosocial y procesos psicológicos implicados: un estudio longitudinal en la adolescencia. Revista Mexicana de Psicología. 23 (2), pp. 203- 215.
- Corvalán, M. (2005). La realidad escolar cotidiana y la salud mental de los profesores. Revista Enfoques Educativos, 7(1), 69-79
- Cruz robazzi, Maria Lucia do Carmo et al. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enfermer [online]. 2010, 26, (1) 52-64.

- Denham, S., & Burton, R. (2003). Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Denham, S., Zoller, D., & Couchoud, E. (1999). Socialization of Preschoolers' Emotion Understanding. *Couchoud Developmental Psychology* 30 (6), 928-936.
- Díaz, F. y Hernández, G. (1998). Estrategias docentes para una aprendizaje significativo. México D.F., México: McGraw-Hill.
- ESCANDÓN Carrillo, Roberto (2000). Un panorama de la salud mental en México. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. Universidad Autónoma del Estado de México. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17
- European Foundation for the improvement of living and working conditions. *Quality of life in Europe*. Alemania: Publications Office; 2005.
- Florenzano, R. (2005). Salud mental y características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile. *Revista Calidad de la Educación*, 23, 105-114.
- Freud, S. (1922). *Introductory lectures on psycho-analysis*. London: George Allen & Unwin.
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá (2008). *Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de toluviejo*, Suma Psicológica, Colombia.
- Golvano, F. (2009). Cornelius Castoriadis figuras y praxis de la autonomía. *El viejo topo*, 72-7
- González, L. F. (2010). *Psicología para el docente*. Guanajuato: EMMS de León de la universidad de Guanajuato.
- Granda Ugaldá E. (2008) El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. (26):65-90.)
- Greenberg, M., Domitrovich, C., Graczyk, P., & Zins, J. (2005). *The Study of Implementation in School-Based Preventive Interventions: Theory, Research,*

and Practice (Volume 3). DHHS Pub. No. (SMA). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado: 15 abr. 2011. Disponible: http://prevention.psu.edu/pubs/docs/CMHS_Implementation_report.pdf.

- Greeno, J.G. (1980). Trends in the theory of knowledge for problem solving. En D.T. Tuma y F. Reif (Eds.), Problem solving and education. Issues in teaching and research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hanlon, C. (2012). Addressing mental health issues on university campuses. University Manager: 1-6. Recuperado de: www.caubo.ca/content/universitymanager-2012
- Harter (1983). Developmental perspectives on the self-esteem. En P. H. Mussem (Org.). Handbook of Child Psychology. New York: Academic Press.
- Hascher, T. & Oser, F. (1995). Taking responsibility at work - Correlating interactions between self-efficacy beliefs and apprentices' attitudes towards responsibility. Freiburg: Berichte zur Erziehungswissenschaft.
- Heimer, K. (1996). Gender, interaction, and delinquency: testing a theory of differential social control. Social Psychology Quarterly, 59, 39-61.
- Herrman H, Saxena S & Moodie R. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: un informe de la Organización Mundial de la Salud, Universidad de Melbourne 2005: 288. Disponible en: <http://www.cabdirect.org/abstracts/20063199711.html;jsessionid=E6F4ABB928EA143D2264989B6C99CC09>.
- Higgins, N.C., & Shaw, J.K. (1999). Attributional style moderates the impact of causal controllability information on helping behavior. Social Behavior and Personality, 27, 3, pp 221–236.
- Iriarte Díaz-Granados, F. (1999). La salud mental del docente como mediación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 2-3, 24-38. https://www.researchgate.net/publication/314113479_Nivel_de_salud_mental_positiva_ocupacional_en_profesores_universitarios

- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos*, 28, 193- 204. Recuperado de: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07180705200200000012&lng=es&nrm=iso
- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos*, 28, 193- 204. Recuperado de: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052002000100012&lng=es&nrm=iso
- Jahoda M. (1980) *Current concepts of positive mental health*. New York: Arno Press.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Joint commission on mental illness and health. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2001). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/314113479_Nivel_de_salud_mental_positiva_ocupacional_en_profesores_universitarios
- Jahoda, M. (1967). *El prejuicio racial y la salud mental*. Buenos Aires: Humanitas.
- Kanfer, F. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En R. B. Stuart (Org.). *Behavioral self-management. Strategie: Techniques and Outcomes*. New York: Brunner/Mazel.
- Kanfer, F. H. & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *BehaviorTherapy*, 3, 398–416.
- Kanfer, F. M. (1971). The maintenance of behavior by selfgenerated stimuli and reinforcement. En A. Jacobs & L. B. Sacha (Orgs.) *The psychology of private events*. New York: Academic Press.
- Keyes C, Dhingra S, Simoes E: Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Am J Public Health* 2010, 100 (12):2366-2371. PubMed

- Knafo, A. & Plomin, R. (2006). Prosocial Behavior From Early to Middle Childhood: Genetic and Environmental Influences on Stability and Change. *Development Psychology*. 42 (5) pp. 771- 786
- Lahey BB (2009): Public health significance of neuroticism. *Am Psychol*, 64:241-256. PubMed
- Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis de doctorado en Evaluación en Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones, Universidad de Barcelona.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de un modelo de Salud Mental Positiva. *Revista de Salud Mental*, 25 (4), 42.
- Lluch, M. (2002). Promoción de la salud mental: cuidarse para cuidar mejor. *Matronas Profesión*. Marzo, Nº 7: 10-14.
- Lolas F. (2003). *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Luria, D. M. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.
- Mahoney, M. J. & Thoresen, C. E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey Calif: Brooks-Cole.
- María Esther Barradas Alarcón (2007). "Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana". *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* ISSN 2007 – 7467. Recuperado de: <file:///D:/TESIS/Dialnet-FactoresDeSaludMentalPositivaEnEstudiantesDePsicol-4932679.pdf>
- Marine A, Ruotsalainen J, Serra C & Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. 2009. Disponible en: http://es.summaries.cochrane.org/CD00_2892/prevencion-del-estres-laboral-nlostabajadores-de-la-atencionsanitaria
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row, Publishers
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Harper & Row, Publishers

- Mebarak M, De Castro A, Salamanca M & Quintero M. Mental health: an approach from the current perspective of health psychology. *Psicología desde el Caribe*. 2009;23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Megía M^a & Moreno J. Salud mental y bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Generalitat, 2013; 15. Disponible en: http://www.uv.es/gibuv/SaludMental_Bioetica.pdf
- Meichenbaum, D. (1978). Teaching children self-control. En B. Lahey & A. Kazdin (Orgs.). *Advances in child clinical psychology*. New York: Plenum.
- Mill, J. (1970). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Miller, G.R. y Steinberg, M (1975): "Between People". Science Research Associates, Chicago. Págs 12-29.
- Moncada, S. Y.; Artazcoz, L. Factores Psicosociales in Benavides, F.G.; RuizFreitas, C; Garcia, A.M. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*, 2^a ed., Masson, Barcelona, España, 2004.
- Moñivas, A. (1996). La conducta prosocial. *Cuadernos de trabajo social*. 9 pp.125-142.
- Mori, S.C. (2000). Addressing the Mental Health Concerns of International Students. *Journal of Counseling & Development*, 78, 137-144. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb02571.x
- Muñoz de Morales, M. (2005). Prevención del estrés psicosocial del profesorado mediante el desarrollo de competencias emocionales: el programa P.E.C.E.R.A. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 115-136.
- Nordenfelt, L. (2000). On the place of fuzzy health in medical theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (5), 639–649. Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/314113479_Nivel_de_salud_mental_positiva_ocupacional_en_profesores_universitarios

- Ogata, S. (1995). Human EEG responses to classical music and simulated white noise: effects of a musical loudness component on consciousness. *Perceptual & Motor Skills*, 80, 779-790.
- Oliva, A., Parra, A. & Sánchez, I. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*. 21 (3), pp. 259-271.
- OMS (2007). ¿Qué es la salud mental? [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Plan Nacional de la Salud. Informe Sobre la Salud Mental del Mundo. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2002), Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS | Salud mental: un estado de bienestar, 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Palomera R, Fernández P, Brackett M. (2008). La inteligencia emocional como una competencia básica en la formación inicial de los docentes: algunas evidencias. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa [En línea]* [Fecha de acceso 29/02/16]; Volumen 6 (2): 437 – 454. Disponible en: recuperado en http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art_15_276.pdf.
- Pando, M. (2012). Salud mental positiva. En M. Pando, C. Aranda, L.
- Parra, M. (2005). Condiciones de trabajo y salud de los docentes en Chile. *Revista Docencia*, 26, 72-84. Recuperado de: <http://www.revistadocencia.cl/pdf/20100731202817.pdf>
- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M. y Jiménez, J. (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 148-160.

- Polakowski, M. P. (1994). Linking self and social control with deviance: illuminating the structure underlying a general theory of crime and its relation to deviance. *Journal of Quantitative Criminology*, 10(1), 41-78.
- Premack, D. & Anglin, B. (1973). On the possibilities of self-control in man and animals. *Journal of abnormal psychology*, 81, 137-151.
- Pulkkinen, L. & Hamalainen, M. (1995). Low self-control as a precursor to crime and accidents in a Finnish longitudinal study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 5, 424-438.
- Risemberg, R. & Zimmerman, B. (1992). Self-Regulated Learning in Gifted Students. *Review*, 15(2), 98-101.
- Robalino, M. & Körner, A. (coord.) (2005). *Condiciones de trabajo y salud docente. Estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*. UNESCO Santiago: Alfabetas Artes Gráficas.
- Rodado NC, Grijalba de RE. *La tierra cambia de piel: Una visión integral de la calidad de vida*. 2a. ed. Bogotá, D.C: Editorial Planeta Colombiana, S.A; 2001.
- Ronen, S. (1994). An underlying structure of motivational need taxonomies: A cross-cultural confirmation. En Triandis, H. C., Dunnette, M. D. & Hough, L. M. (Orgs.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. California: Consulting Psychologists Press
- Ross, P. (1979). Emerging themes for social-emotional development: Introduction to the section. *American Psychologist*, 34 (10), 930- 931.
- Ryff CD, Keyes CLM. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 69(4):719-27.),
- Sêcco IAO, Robazzi, MLCC, Schimizu DS, Rúbio MMS. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. *Rev Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)*, 2008; 16: 824-831.
- Seligman, M. E. P. y Peterson. C. (2003). *Positive clinical psychology*.
- Shibutani, T. (1961). *Society and personality*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Shroeder, D. A, Penner, L. A., Dovidio, J. F. & Piliavin, J.A.(1995). The social psychology of helping and altruism: Problems and puzzles. New York: McGraw-Hill
- Singer, P. (1984). Ética práctica. Barcelona: Ariel.
- Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. New York: MacMillan.
- Sternberg, R.J. (1986). Las capacidades humanas: Un enfoque desde el procesamiento de la información. Barcelona. Labor.
- Stewart, J. y D'Angelo, G.: "Together: Communicating Interpersonally". Addison Wesley, Reading, Mass, 1975, pág 23.
- Tamez G, Pérez J. (2009) El trabajador universitario: entre el malestar y la lucha. Educ. Soc., Campinas [En línea] [Fecha de acceso 29/02/16]; 30(107):373-387. Disponible en: <http://www.cedes.unicamp.br>.
- Terán R, Botero A. (2012) Riesgos psicosociales intralaborales en docencia. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología [En línea] [Fecha de consulta 29/02/16]; 5 (2): 95 – 106. Disponible en: http://www.iberamericana.edu.co/docs/publicaciones/pub_5_2/articulo_10.pdf.
- Thompson, W. C., Cowan, C. L., & Rosenhan, D. L. (1980). Focus of attention mediates the impact of negative affect on altruism. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 1, pp 291–300.
- Vygotsky, L. S. (1962). Thought and Language. Cambridge: MIT Press.
- Watzlawick, P, (1995) Cambio Formación y Solución de Problemas Humanos, Editorial Heder 9º edición. Colección biblioteca de Psicología, Textos Universitarios.
- Weisberg, R. (1989). Creatividad. El genio y otros mitos. Barcelona: Labor.