

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**Nivel de los factores de la salud mental positiva en  
docentes de nivel inicial de I.E P - Sullana 2015.**

**Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en  
Psicología.**

**Autor:**

**Román Loro, Idi Christian**

**Asesora:**

**Mg. Padilla Carrasco, Lily**

**Piura – Perú**

**2020**

**1. Palabras claves:**

Salud mental positiva, docentes.

Tema: Nivel de los factores de la salud mental positiva en  
docentes de nivel inicial

Especialidad: Psicología

Positive mental health, teachers.

Topic: Level of positive mental health factors in initial level  
teachers

Specialty: Psychology

**Área:** Ciencias Médicas y de Salud

**Subárea:** Ciencias de la Salud

**Disciplina:** Salud Pública

**Línea de investigación:** Salud pública.

**2. Título**

**Nivel de los factores de la salud mental positiva en docentes  
de nivel inicial de I.E P - Sullana 2015.**

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar los niveles de los factores de Salud Mental Positiva de los docentes de educación inicial de IE. Públicas de Sullana.2015. La metodología empleada es cuantitativa-descriptiva y su diseño es no experimental de corte transversal. Se aplica el Cuestionario de Salud Mental Positiva de María Teresa Lluch a 100 docentes de educación inicial de instituciones públicas de Sullana, seleccionados aleatoriamente. Los análisis arrojan indicadores significativos de Salud Mental Positiva en el 98% de los participantes, en donde los niveles de los factores que determinan la salud mental positiva se ubican en un nivel alto solamente en lo que respecta a la satisfacción personal en un 55% y la actitud prosocial en un 54%, mientras que en un nivel medio están el factor habilidades de relación interpersonal en un 51%, la resolución de problemas y autoactualización con un 44%, y la autonomía en un 37%, mientras que el 37% que representa el autocontrol se ubican en un nivel bajo, lo que indica que un porcentaje significativo de docentes tiene problemas para controlarse ante situación de presión laboral (el puntaje bajo hallado en el factor de *autocontrol*), ya que es un criterio relacionado con el equilibrio emocional. Ante este panorama se requieren estudios posteriores que profundicen en el concepto positivo de la salud mental y que fomenten el desarrollo de programas de promoción y prevención en los docentes no solo de nivel inicial sino del resto de niveles educativos que diariamente enfrentan diversas situaciones estresantes.

---

Palabras claves: Salud mental positiva, docentes

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to determine the factor levels of positive mental health of teachers in early childhood education IE. Public of Sullana.2015. The methodology is quantitative-descriptive and its design is not experimental cross section. The Positive Mental Health Questionnaire Maria Teresa Lluch applies to 100 pre-school teachers in public institutions of Sullana, randomly selected. The analyzes show significant indicators of positive mental health in 98% of the participants, where the levels of the factors that determine positive mental health is placed at a high level only with regard to personal satisfaction and 55% prosocial attitude by 54%, while at a medium level are the interpersonal skills by 51% factor, problem solving and self-actualization with 44%, and autonomy by 37%, while 37% representing the self they are located at a low level, indicating that a significant percentage of teachers have trouble controlling before situation of job pressure (the lowest score found in the factor of self-control) as it is a criterion related to the balance emotional. Against this background further studies to deepen the concept of positive mental health and to promote the development of promotion and prevention programs on teachers not only entry level but the other educational levels who daily face many stressful situations are required.

---

Keywords: Positive mental health, teachers.

**INDICE.**

Palabras claves: .....	i
Título de la investigación .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Resumen .....	iv
Abstract .....	v
Indice.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Indice de tablas.....	vii
Introducción .....	1
Metodología .....	39
Análisis y discusión .....	45
Conclusiones .....	60
Recomendaciones.....	62
Referencias bibliográficas.....	63
Agradecimiento .....	77
Anexos y apéndice .....	78

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1	Nivel de los factores la salud mental positiva	46
Tabla 2	Nivel De Los Factores La Salud Mental Positiva Según Sexo	47
Tabla 3	Nivel de los factores la salud mental positiva según edad	49
Tabla 4	Nivel de los factores la salud mental positiva según tiempo de servicio	50

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Antecedentes y Fundamentación Científica**

#### **A Nivel Internacional**

Linares y Gutiérrez (2009) en su investigación relacionada a la satisfacción laboral realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar qué aspectos o actividades promueven una mejor satisfacción laboral en profesores y la forma de cómo afectan a la salud mental, para ello se realizó una encuesta y se tuvo una población de 205 profesores, los resultados encontrados fueron que el nivel de satisfacción laboral para los profesores tiene un nivel alto, ya que sólo uno de cada cinco demuestra una baja satisfacción general. Comparando los niveles de satisfacción con el grado educativo que desempeña la función docente, en los parámetros de sexo y edad a través del análisis MANOVA, se encontró que aquellos profesores que tienen un título de licenciado están más satisfacción. No se encontró diferencias con el nivel de satisfacción en el jefe, la naturaleza del trabajo ni en ingresos y desarrollo. Respecto al sexo, las mujeres tienen menor satisfacción laboral, en cuanto a ingreso y desarrollo (Hombres  $M = 3.0$ ,  $DE = .79$ ; Mujeres  $M = 2.6$ ,  $DE = .87$ ;  $t(205) = 3.042$ ,  $p = .003$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diversos niveles de edad y los factores de satisfacción laboral.

En este sentido, la Unesco (2005) en una investigación del tipo exploratorio, sobre condiciones laborales y la salud de los docentes, de países tales como Chile Argentina, Perú, Ecuador, México y Uruguay; donde las realidades son similares en la profesión docente; el estudio permitió observar tendencias que posiblemente se den en toda la región, llegando a las siguientes conclusiones: Que los docentes

que tienen insatisfacción están relacionados a: falta de valoración del docente y su interacción con los jefes; estas últimas son criticadas en aspectos de la tarea y a lo técnico. El aspecto patológico se tiene resultados parecidos, donde son 3 las grandes categorías asociados a problemas de salud: aquellos relacionados con la exigencia ergonómica (disfonía, alteraciones musculo esqueléticas), la salud mental y general. El estudio encontró que la salud mental, una gran cantidad de docentes han recibido el diagnóstico de depresión. En la escala de Burnout, el cansancio emocional es el más destacado, junto con el índice de logros personales; el índice de endurecimiento emocional relacionado a la interacción fría y aislada con los colegas son reducidos. Entre los problemas de salud general se tiene que tener mucho cuidado con las enfermedades crónicas, que tiene altos factores de riesgo que se evidencian en este estudio (grupo hetero de riesgo, sedentarismo, problemas para mejorar hábitos dietéticos, exceso de jornada, trabajo de alta demanda y escaso control, con bajo soporte social).

Así mismo, Navarro (2008), estudio las características de salud mental en estudiantes universitarios, la investigación fue del diseño descriptivo y corte cuantitativo, que tuvo por objetivo fue describir los 6 factores de la salud mental los cuales fueron establecidos por la Dra. Lluch en el año 1999, para ello analizó a la satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y habilidades de relaciones personales. Los resultados encontrados fueron que los estudiantes tienen una salud mental positiva, los cuales son determinados con grandes factores de autocontrol y habilidades de relaciones personales, los demás factores son existentes pero en niveles para cada uno de los

factores lo que sugiere que se genera estrategias que refuercen la Salud Mental Positiva.

En Colombia (Mercado, Madarriaga y Martínez, 2012) llevaron a cabo una investigación para describir la salud mental positiva en relación a la calidad de vida que tenían los menores trabajadores y no trabajadores, el estudio se realizó en Tolu Viejo, Sucre -Ecuador. Se hizo una investigación del tipo cuantitativa y diseño descriptivo de corte transversal, donde participaron jóvenes de 11 a 17 años, a quienes se les aplicó un cuestionario de salud mental positiva de Lluich (1999) y de Calidad de Vida SF-36. Los resultados establecieron los adolescentes evaluados se han dedicado menos a la minería, así mismo no fueron encontrados diferencias significativas en la salud mental positiva de los adolescentes trabajadores y no trabajadores. Sin embargo, en relación a la calidad de vida, la dimensión de vitalidad de trabajadores adolescentes obtuvo un nivel medio baja, de manera que éstos se encontraban cansados y desganados con energías bajas.

### **A Nivel Nacional**

Orellana, García, Yanac, Rivera, Alvites, Araujo, Canseco y Mendoza (2012), llevaron a cabo una investigación que estudió las competencias comunicativas relacionado a la salud mental positiva, para ello se realizó una encuesta donde participaron 274 profesores de distintos niveles de educación básica regular y que laboran en el departamento de Lima; para esto se seleccionaron dos variables contribuyentes a la configuración de un perfil profesional del profesor de la

educación pública, desde la psicología, y a partir de competencias comunicativas y la de salud mental positiva. Esta última centrada en seis factores: satisfacción personal; actitud prosocial; autocontrol; autonomía; resolución de problemas y autoactualización; y Habilidades de Relación Interpersonal, exploradas por la variable salud mental positiva y la competencia comunicativa, identificando los estilos de pensamiento resultantes de la dominancia cerebral hemisférica. Los autores concluyen que: los puntajes de competencias comunicativas (pruebas 1 y 2) tiene una correlación significativa en la salud mental positiva; lo que no ocurrió con los puntajes de las pruebas 3 y 4, los cuales no establecen la existencia de alguna correlación con la salud mental positiva.

En este mismo contexto, Moll (2009) realizó un estudio de tipo exploratorio de carácter cualitativo en relación a la salud mental en trabajadores, cuyo objetivo fue encontrar si la enfermedad mental está asociada a factores de trastornos psicóticos en recursos humanos de dos instituciones de la ciudad de Lima, ya que se sostiene que la enfermedad mental está relacionado a trastornos y desordenes de naturaleza crónica dejando de lado los trastornos depresivos y ansiosos más cotidianos y de mayor prevalencia; así mismo los trabajadores tienden a distinguirse de aquellos con trastornos mentales, poniendo límites entre los saludables y enfermos”, alejándose para evitar la identificación ser involucrados; además la concepción entorno a la superación de la enfermedad mental van desde una familia integrada, pasando por la posibilidad de recobrar la productividad a un nivel recreativo y ocupacional, hasta recuperarse totalmente.

## **1.2. Justificación de la Investigación**

La presente investigación se justifica desde el punto de vista teórico debido a que en nuestra realidad local no se han llevado a cabo investigaciones serias relacionadas al tema propuesto. Por lo tanto considero que la presente investigación se constituirá en un importante aporte para la incubación de nuevo conocimiento sobre la temática de la salud mental desde un enfoque diferente al habitual, pues pondremos en evidencia la situación real de la salud mental positiva de los docentes del nivel inicial de los diversos colegios de nuestra provincia, lo que constituirá un aporte primigenio para las futuras investigaciones que se lleven a cabo relacionadas al tema en nuestra realidad local y regional.

Desde una perspectiva práctica los resultados de esta investigación permitirán informar no sólo a los colegios participantes sino también al ente rector de la educación a nivel local (UGEL-SULLANA) la realidad descubierta respecto a su personal docente (del nivel inicial), al evidenciar no sólo su estado de bienestar, sino también su desempeño óptimo de la persona, a través de la performance de sus cualidades como ser humano que van a influenciar en su desarrollo integral. Esta investigación va a permitir a las autoridades planificar y ejecutar estrategias destinadas a ofrecer a los profesores, aquellos elementos que contribuyan a generar un ambiente propicio que les permita optimizar el desempeño de sus funciones y su desarrollo personal en el ambiente de trabajo. Es más que sabido, que en toda realidad laboral donde se procure lograr niveles altos de bienestar en el desempeño de sus colaboradores (en este caso de la educación) se transcribe en un avance

positivo de los procesos y subsiguientemente en una interacción integral de las diferentes facetas que comprenden el proceso educativo.

Desde el punto de vista social, el gobierno Peruano ha establecido una política nacional en cuestión de seguridad y salud en el trabajo, asegurando de esta manera el control de los riesgos laborales dentro de las empresas, a través de una cultura de la prevención eficaz; en donde se efectúe una planificación y mecanismos de seguimiento y control para garantizar la seguridad y salud en el trabajo, en este contexto, se tiene la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo promulgada en la ciudad de Lima en el año 2012, a través del Decreto Supremo N° 005-2012-TR; refrendado por el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo. En el Título V de los Derechos y Obligaciones, Capítulo I, se establece en su **Artículo 101°**.- El empleador debe realizar los exámenes médicos comprendidos en el inciso d) del artículo 49° (practicar exámenes médicos antes, durante y al término de la relación laboral. En la evaluación sobre salud ocupacional esta la evaluación psicológica ocupacional que mide aspectos cognitivos, emocionales, psicomotriz, indicando el estado de la salud psicológica y la aptitud psicológica para el Puesto de trabajo), acorde a las labores desempeñadas por el trabajador en su récord histórico en la organización, dándole énfasis a los riesgos a los que estuvo expuesto a lo largo de desempeño laboral. **Artículo 103°**.- De conformidad con el artículo 56° de la Ley, se considera que existe exposición a los riesgos psicosociales cuando se perjudica la salud de los trabajadores, causando estrés y, a largo plazo, una serie de sintomatologías clínicas como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicas, músculo

esqueléticas, mentales, entre otras. La sintomatología clínica debe sustentarse en un certificado médico emitido por centros médicos o profesionales médicos debidamente calificados.

Es así que la presente investigación bajo esta política nacional en seguridad y salud en el trabajo en el Perú, y la sustentación de que en la Unidad de Gestión Local Sullana a la fecha, no existe un reporte y/o registro de evaluación o diagnóstico psicológico y aptitud psicológica para el puesto de trabajo como Docente de Nivel Inicial se pretende contribuir con información sobre los niveles en la salud mental positiva y ser punto de partida en la mejora continua de la calidad educativa.

### **1.3. Problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la salud mental es el buen estado físico, mental y social, establece también que no es solamente la ausencia de enfermedades. Estos conceptos contienen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

En este contexto la promoción de la salud tiene relación directa con la salud mental, implicando un ámbito multidisciplinario que envuelve la creación de situaciones individuales, sociales y ambientales que permiten un desarrollo psicológico total óptimo, así como también, está enfocada en otras preocupaciones, tales como la autonomía personal, la adaptabilidad y habilidad para hacer frente a

las presiones, confianza en sí mismo, habilidad social, responsabilidad social y tolerancia.

A pesar de que la concepción sobre salud mental y salud mental positiva estuviera claramente establecida, sin embargo, no existe un consenso universal sobre el mismo, tal es así que, dependiendo de las distintas realidades existentes, su problemática es muy variada, tal como podremos apreciar:

A nivel regional de enero del 2014 a la fecha un total de 45 casos de acoso sexual contra docentes se encuentran pendientes en la Comisión de Procesos Administrativos de la Dirección Regional de Educación de Piura.

A nivel local el diario El Correo (24 setiembre, 2014), en su portal de internet público que en la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) de Sullana, desde enero a Setiembre se reportan 77 docentes los cuales han sido sancionados administrativamente por faltas de inasistencias, acoso sexual, maltratos físicos y psicológicos a estudiantes. Los casos más recurrentes son las inasistencias injustificadas con un 23% en plazas docentes de las zonas rurales en la provincia, mientras un 16% de los profesores son procesados por irregularidades y negligencia en sus funciones. En tanto un 3% por cobros indebidos a los alumnos, un 1% por tocamientos a menores y un 12% por maltrato físico y psicológico a los escolares.

Por otro lado, hasta la fecha no hemos encontrado información que pueda ser considerada como oficial o válida y que trate el tema de la Salud Mental Positiva desde alguna perspectiva en particular en nuestra realidad educativa local, por lo que reiteramos lo manifestado en el ítem de Justificación que la presente

investigación sentaría las bases para futuras investigaciones acerca de la Salud Mental Positiva.

Ante lo expuesto anteriormente, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los Niveles de Salud Mental Positiva de los Docentes de Educación Inicial de IE. Públicas de Sullana.2015?

#### **1.4. Objetivos**

##### **Objetivo General**

Determinar los niveles de los factores de Salud Mental Positiva de los docentes del nivel inicial del sector público de Sullana.2015.

##### **Objetivos específicos**

- Describir los niveles de los factores de la salud mental positiva de los docentes del nivel inicial: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal según sexo.
- Describir los niveles de los factores de la salud mental positiva: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal según edad.
- Describir los niveles de los factores de la salud mental positiva: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal según tiempo de servicio.

## **1.5. Marco Teórico-Conceptual**

### **Salud Mental Positiva**

No existe una definición única de este concepto. Podemos establecer a continuación, algunos de los principales problemas.

Según Lluch (1999), la salud mental no tiene una definición directa, por tanto, para darle sentido se recurre a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas, pero al mismo tiempo concibe otros nuevos; por lo que se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción", para definir la salud mental, e incluso son abstractos y difíciles de operativizar.

Además, la salud mental tiene múltiples componentes, pero, ¿cuáles son esos componentes? y ¿cuántos hay? ¿Salud o salud mental? Este interrogante da una idea de la existencia de sola concepción de la salud o se tiene que diferenciar entre salud física y salud mental. Muchos autores (Font, 1983; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Tizón, 1996; Ugalde y Lluch, 1991; Vázquez, 1990) establecen que la salud mental debe incluirse dentro del contexto de salud general y no de forma independiente. De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978),

avala esta definición indicando que la salud mental implica una concepción global e integral de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona.

Así mismo, Tizón (1996) señala algunas razones que implican la relación entre salud física y salud mental, explicando que, en una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Por lo que se desencadenan problemas psicológicos se manifiestan, con frecuencia, a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia, etc.).

Además, los estados emocionales y afectivos generan reacciones fisiológicas que podrían crear problemas psicósomáticos. Desde este aspecto, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general (Ugalde y Lluç, 1991).

Sin embargo, también existen quienes opinan lo contrario a esta postura, tal como, Sánchez (1991) que cree que es mejor tratar a la salud mental independientemente ya que permitiría trabajar de forma más específica y reducir la preponderancia del factor médico sobre el psicológico.

Es difícil establecer términos claros entre la salud y la enfermedad mental y habitualmente se precisan como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo este contexto, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental. Sin embargo, la mayoría de personas están entre ambos polos; donde existen múltiples combinaciones de carácter cualitativo y cuantitativo (más o menos salud o más o menos enfermedad). Mesa (1986)

enfatisa la idea del continuum entre conducta normal y anormal: "las principales diferencias entre las reacciones normales al estrés y las conductas anormales, residen en que estas últimas son más persistentes, menos adecuadas en relación con las experiencias conocidas recientes de las personas, menos controladas, más severas y más incapacitantes para el propio individuo" (Mesa, 1986)

El hecho de no existir límites concretos entre salud y enfermedad mental es, según Rojo (1997), entendible teniendo en cuenta incógnitas que aún quedan por resolver para poder comprender claramente el trastorno mental y de la normalidad/anormalidad conductual. Pero, aun sin tener límites, hay comportamientos que están más cercanos al lado negativo o de anormalidad y otros más cercanos al de la salud (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Costa, 1994; Mesa, 1986; Ruiz, 1982; Tizón, 1996).

Sin embargo, dentro de la psiquiatría clásica, prevalece la idea de distinguir la salud y enfermedad mental, aplicando criterios de la medicina general y se considera que las verdaderas enfermedades mentales se fundamentan en aspectos biológica y necesitan tratamientos farmacológicos. El resto de problemas mentales se basan en una etiología más psicosocial, que requieren en general, tratamientos psicológicos y se pueden concebir como variaciones del modo de ser psíquico (Vallejo, 1998; Vallejo-Nagera, 1981).

Por otra parte, autores como Font (1983), creen que la salud-enfermedad mental son dos entidades con carácter propio y que la salud tiene un concepto global

a diferencia de la enfermedad que es un concepto parcial y, por tanto, puede existir la salud a pesar de la enfermedad. Es más: "si la salud es buena, las enfermedades serán más fácilmente vencidas" (Font, 1983, pág. 94).

A pesar de las diferentes perspectivas señaladas, la salud mental es el concepto oficialmente aceptado en relación a la salud como a la enfermedad mental por lo que, en la práctica, las intervenciones tienen encaminadas la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

La salud mental no es algo estático sino un estado dinámico. La salud nunca es permanente, pero tiene que ir "reciclandose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso en constante adaptación que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal (Seva, 1983; Ugalde y Lluch, 1991). En este sentido, autores como Jahoda (1958) y Tizón (1996), establecen a la salud como una utopía a alcanzar, en otras palabras. una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador.

Otra dificultad la definición del término salud mental es que cada cultura o sociedad tiene un concepto particular sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en algunas puede considerarse como normal y sano en otro contexto cultural puede ser tomado por anormal o patológico. Es evidente que este problema se reduce cuando se habla de trastornos mentales severos o con una mayor base orgánica, pero

se agudiza cuando se intentan establecer los límites de los trastornos psíquicos que tienen una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992)

La relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad es muy debatido por los autores del ámbito de la salud mental. Algunas escuelas sociológicas, brindan algunas orientaciones, así como algunas tendencias antipsiquiátricas unen al individuo y la sociedad sin diferenciar cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social. En este sentido una gran mayoría de autores opinan lo necesario que es saber diferenciar entre enfermedad individual y enfermedad o alienación social porque su naturaliza no es la misma (Vallejo, 1998).

Belloch, Sandin y Ramos (1995) reconocen la influencia sociocultural en los conceptos de normalidad y patología, pero señalan que dar un énfasis excesivo al contexto va en detrimento de la consideración individual y de la capacidad de autodeterminación de la persona. Page (1982) comenta que el concepto de sociedad enferma es más periodístico que científico y que no existen pruebas concluyentes de que la incidencia total de psicopatología varíe significativamente de una sociedad a otra. Sin embargo, como indica Seva (1983), el medio cultural puede generar sufrimientos psíquicos a partir de determinadas circunstancias sociales. Barcia (1997) enfatiza que las connotaciones sociales de la enfermedad van más allá del concepto teórico del término que tiene cada cultura y quedan reflejadas, por ejemplo, en el rol de enfermo, en los derechos y deberes del enfermo o en las responsabilidades del Estado para organizar la sanidad.

## **Diferentes intentos de definir la Salud Mental**

Las diferentes posiciones nos hacen preguntarnos: ¿podemos definir la salud mental?

Actualmente parece difícil encontrar una definición universal y sobre todo aceptada. Sin embargo, existen múltiples bibliografías que brindan diversos intentos para concretarlo, estos proceden de ámbitos distintos de trabajo tales como la psiquiatría, psicología, enfermería, sociología, antropología, economía, etc. Se han agrupado los enfoques en tres grandes perspectivas donde se reflejan las concepciones diversas de la salud mental: (1) La Salud Mental desde una perspectiva Positiva/negativa, (2) La Salud Mental desde una perspectiva de Normalidad y (3) La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios.

Si bien es cierto todas las concepciones tiene parte de razón, ninguna tiene “la exclusiva”, por lo que es necesario recurrir a definiciones aproximadas y pluralistas que son complementarias, tal como lo indica Abella (1981b).

### **La Salud Mental desde una perspectiva positiva/negativa**

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es: “salud igual a ausencia de enfermedad” y su objetivo fundamental es la curación.

Esta perspectiva se relaciona al modelo clínico tradicional y revela la necesidad de tratar los trastornos mentales, así como refleja la realidad asistencial basada en la curación de enfermos. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que excluye aspectos positivos que son parte de concepto de salud mental.

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad" y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se definió la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) cuando señaló que "la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía". De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes".

La perspectiva positiva establece que la salud mental es un estado de funcionamiento óptimo de la persona por lo que se debe promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997a; Martí Tusquets y Murcia Grau, 1987).

### **La salud mental desde una perspectiva de normalidad**

La definición del término salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. Las principales concepciones de normalidad son: Normalidad como promedio, Normalidad clínica, Normalidad utópica, Normalidad como proceso, Normalidad jurídico-legal, Normalidad como promedio.

Esta concepción abarca dos criterios, íntimamente relacionados: el criterio estadístico y el criterio sociocultural.

El criterio estadístico presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente; la salud mental es aquella forma de ser, estar y sentir de la mayoría de las personas.

La normalidad como promedio implica la existencia de estándares que la mayoría acepta y, por tanto, son las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) las que definen la salud/enfermedad (Mesa, 1986; Ramshorn, 1983; Rigoly Garriga, 1991; Seva, 1983; Scharfetter, 1977; Vallejo, 1998).

El criterio sociocultural implica que lo normal viene especificado por los patrones sociales; el comportamiento sano se ajusta a los cánones determinados en el contexto sociocultural y depende, por tanto, del tiempo y del lugar. Es lo que Vallejo (1998) denomina "normalidad adaptativa" y, en este sentido, como señala Schafetter (1977) en la página 32: "sano equivale a socialmente adaptado y enfermo a socialmente inadaptado". Una definición más operativa de la normalidad adaptativa es la de Costa (1994) que lo considera como el resultado de un proceso exitoso entre las demandas ambientales y los recursos personales. En la misma línea, Belloch, Sandin y Ramos (1995) enfatizan la importancia de adaptarse al rol social que se nos adscribe. Sin embargo, todos estos autores concuerdan que el significado de adaptación a veces no está claro y, además, alertan de errores que se pueden cometer al presuponer que adaptación equivale a salud mental.

Ambos criterios son importantes en la consideración /valoración de la salud mental. Evidentemente, la mayoría tiene un referente que no podemos obviar y, como señala Vallejo (1998) es difícil interpretar los síntomas clínicos sin conocer la sociedad donde estos aparecen. Sin embargo, estos criterios tienen un cierto riesgo si son usados como criterios definatorios exclusivos, ya que ni todo lo normal es sano ni todo lo anormal es patológico.

### **Normalidad clínica**

La salud se define como la ausencia de sintomatología clínica. Esta, tiene relación con la perspectiva negativa y se basa en el modelo médico tradicional. La mayoría de autores (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Font, 1983; Mesa, 1986; Tizón, 1996; Vallejo, 1998) critican esta definición por dos razones: a) omiten algunos trastornos que cursan sin sintomatología aparente y b) invalidan o, al menos, dificultan la posibilidad de prestar servicios de tipo preventivo o profiláctico.

Algunos autores citan el concepto de normalidad subjetiva: valoración que la persona hace sobre su estado de salud, excluyendo opiniones de otras personas incluso de los expertos (Mesa, 1986; Vallejo, 1998). Este criterio tiene limitaciones en el campo de la salud mental, puesto que algunos trastornos (p.e. psicosis o demencias) se caracterizan, precisamente, por la falta de conciencia de trastorno. Sin embargo, la percepción subjetiva es un dato importante para evaluar el estado de salud. Como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995) muchas veces el propio paciente es quien detecta el problema y la información que aporta es una fuente de datos necesaria e imprescindible.

c) Normalidad utópica: Esta concepción de la normalidad se fundamenta, en autores como Vallejo (1998), en el modelo psicodinámico, el cual considera a la salud como un equilibrio entre las diferentes instancias del aparato psíquico y resalta el manejo apropiado de los procesos inconscientes. Es utópica porque tiende

a algo muy difícil de alcanzar, pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta exclusivamente observable.

En este sentido autores, como Sánchez (1991), establecen que está basada en corrientes psicológicas humanistas y que se vinculan a conceptos del potencial de crecimiento (Rogers), actualización (Maslow), o personalidad madura (Allport), como metas del desarrollo personal.

Costa (1994) la define como una tendencia hacia una situación deseable u óptima y Sánchez (1991) en la página 93 considera que es "ideal como tal, pero perseguible como objetivo". Seva (1983) opina que es una forma de integrar la salud internamente dentro del movimiento general de perfeccionamiento que persigue la humanidad a través de los siglos. Sin embargo, comenta que esta perspectiva puede implicar el peligro de "hipocondrización de la sociedad en una búsqueda angustiada de la salud" (Seva, 1983, pag.24).

Este criterio incluye también el concepto de normalidad funcional que, según Costa (1994), "considera normal a totes aquelles persones que están raonablementlliures de dolor injustificat, malestar o dificultatspersonals" (Costa, 1994, pag. 44).

En realidad, la normalidad utópica está reflejada en la propia definición de salud de la OMS y tiene una estrecha relación con el concepto de salud mental positiva de Jahoda (1958).

d) Normalidad como proceso: Es una perspectiva basada en la capacidad de ajuste de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo. La normalidad (o salud) es el resultado positivo de un proceso continuo de interacción persona-entorno, donde se valora el estado actual, pero contemplando todo el proceso evolutivo. Es decir, el ser humano está siempre en un proceso de desarrollo permanente, con objetivo a la autorrealización y, por tanto, para evaluar la salud, por tal motivo se debe considerarse la evaluación no solo el momento actual sino también los cambios y acontecimientos que se han producido a lo largo de su vida (Ramshorn, 1983; Rigol y Garriga, 1991; Vallejo-Nagera, 1981).

Mesa (1986) establece que las experiencias significativas de cualquier etapa de la vida pueden cambiar o afectar el funcionamiento de una persona (en sentido positivo y negativo) reflejando la filosofía de este acercamiento a la definición de la salud mental: "El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo, siempre sensible a las influencias pasadas, actuales y futuras. En cualquier momento, cuando se es adolescente o en la edad adulta, las experiencias significativas pueden cambiar, incluso afectar drásticamente la organización y buen funcionamiento de la personalidad, para bien o para mal. Es necesario decir que nadie está destinado a convertirse en un paciente mental por su herencia o por sus experiencias infantiles: Por el contrario, una buena dotación genética o una niñez favorables pueden aumentar la tenacidad de una persona a las influencias adversas en las últimas etapas de la vida, pero no garantizan la inmunidad contra un trastorno de la conducta" (Mesa, 1986, pág. 67)

**Enfoque Teórico de la salud Mental:**

Jahoda (1958), nos propone un modelo con determinadas directrices encaminadas a desarrollar los recursos y las habilidades personales, abreviados en seis criterios de salud mental.

Se llega a dicha conclusión después de haber establecido muchos enfoques relacionados con la ausencia de enfermedad y específicamente con el trastorno mental; afirmando que este criterio es necesario, pero no suficiente. Del mismo modo se aborda el criterio estadístico y el criterio sociocultural. De otro lado algunos autores asocian la salud mental con la felicidad y el bienestar lo cual podría ser correcto, si se presenta como una disposición a encontrarse bien, por la armonía que existiera entre las expectativas que se tiene a la vida y lo que la vida ofrece a las personas, sin que esto sea algo transitorio o una respuesta emocional.

El trabajo de Jahoda (1958), está vinculado al modelo comunitario de intervención y pretende reivindicar la promoción de la salud mental superando la mera prevención de la enfermedad. Jahoda articula su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios.

El modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda en 1958, en forma de documento monográfico “Current concepts of positive mental health” configura una concepción multidimensional de la salud mental positiva.

Jahoda (1958), sostiene en una declaración que la “Salud no es simplemente la ausencia de la enfermedad sino de un estado completo del bienestar físico, psicológico y social”.

Uno de los aspectos muy importantes de este modelo elaborado por Jahoda fue que expuso criterios (más racionales y teóricos que derivados de investigaciones empíricas) para caracterizar un estado de salud mental positivo. Estos criterios podrían ser aplicables a pacientes con trastornos mentales como a personas sanas. En conclusión, la propuesta del autor intenta dar respuesta a la pregunta de cuáles son los componentes de la salud mental positiva. Propone seis factores interrelacionados que operan en ella y una serie de subdominios relacionados, Sánchez (2002):

1. Actitud positiva hacia sí mismo: auto aceptación, confianza en sí mismo y capacidad propia de valerse por sí mismo. Abarca cuatro componentes actitudinales concretos:

- a) Acceso a la propia conciencia si áreas inaccesibles o restringidas a esa conciencia por resultar dolorosos o inaceptables para el sujeto.
- b) Objetividad y corrección del autoconcepto, que está así libre de distorsiones ligadas a procesos patológicos o necesidades irracionales.
- c) Aceptación de uno mismo tal y como es, no como nos gustaría ser.
- d) Identidad integrada (sólo alcanzada en la edad adulta) que incluirá una “mismidad” y continuidad interna identificables con un “sí mismo” (self) continuo y estable a pesar de los cambios del entorno.

2. Crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo y del potencial personal implícito, comprende tres dimensiones:

- a) Autoconcepto positivo (el criterio anterior)
- b) Proceso motivador que guía a una persona hacia fines, valores e intereses vitales más altos y positivos que la mera subsistencia existencial. La persona hace uso no restrictivo de sus capacidades potenciales, no limitándose a satisfacer sus necesidades, y se orienta hacia el futuro, no hacia el pasado.
- c) Inversión en la vida incluyendo la capacidad de extender positivamente hacia los demás, hacia el trabajo y hacia ideales, metas o estándares morales.

La persona autorrealizada o madura se caracteriza por un alto grado de desarrollo o diferenciación y por ser capaz de comportarse de un modo eficiente (conductualmente) focalizado y guiado por fines vitales preestablecidos.

3. Integración de sí mismo, esto es grado en que las fuerzas o tendencias psicológicas están equilibradas –e interactúan flexiblemente- en los procesos e interacciones sociales, de manera que la persona tiene una perspectiva vital unificada e integrada que aporta coherencia objetiva y significado subjetivo al conjunto de sus actividades vitales, y que cuenta con una resistencia al estrés y una tolerancia para frustración que evita desequilibrios internos o riesgo de desintegración del self (aspecto éste ligado a los criterios de autonomía y de dominio de entorno).

4. Autonomía como proceso –capacidad de autorregularse y tomar decisiones de acuerdo con normas, valores y principios interiorizados- y como

comportamiento habitual estable y relativamente independiente de las demandas y presiones del entorno físico, psicológico o social, ligado –en su fundación estructural personal- al criterio anterior y, también, al de dominio del entorno.

5. Percepción correcta de la realidad, que abarca dos procesos complementarios:

a) Percepción razonablemente objetivo del entorno – y de sí mismo- de acuerdo con normas (establecidas o consensuadas) independientes de las propias necesidades. De otra forma, el sujeto cuenta con un sistema autónomo y eficiente de verificación de la realidad para comprobar la correspondencia o discrepancia entre la realidad externa y necesidades o los deseos propios.

b) Capacidad de experimentar –y usar efectivamente- empatía y sensibilidad social y de respetar los sentimientos, las ideas y los valores de los otros. Se está asumiendo, como se ve, que la percepción es un fenómeno social, no puramente biofísico, cuya corrección es requisito para una interacción realista y eficaz con el entorno. Mientras que una percepción incorrecta ocasionará una relación egocéntrica e ineficiente con el entorno social, psicológico y material, una visión correcta permitirá reconocer la conducta externa real de las personas y relacionarnos apropiadamente con los otros en función de eso.

6. Dominio del entorno en la doble calidad de proceso de relación con el entorno y de resultado exitoso de ese proceso evidenciando por la presencia de capacidades o cualidades como:

- a) Capacidad de amar y de experimentar placer sexual; adecuación en las relaciones interpersonales o afectivas significativas y capacidad de sentir comunidad con otros.
- b) Adecuación en el amor, trabajo y el juego como formas básicas de relación de la persona con su entorno.
- c) Eficiencia para satisfacer demandas y requerimientos razonables del entorno, sin dañar a otros o violar el resto de criterios de salud mental positiva.
- d) Adaptación al entorno y a sus cambios, incluyendo la capacidad de modificarse uno mismo y la de modificar el entorno que trascienda la mera acomodación a ese entorno.
- e) Capacidad de resolver problemas y de enfrentarse al estrés vital habitual.

La propuesta incluye, como se ve, tres tipos de criterios: estructurales, ligados a la estructura interna del individuo (actitud positiva hacia uno mismo e integración); adaptativo de relación con el entorno (autonomía, percepción correcta del entorno y dominio de éste) y evolutivos (actualización). La autora señala que ninguno de los conceptos o criterios es suficiente por sí solo para indicar el estado de salud o bienestar. Para ellos debemos combinar los criterios multidimensionales. Y que salud positiva o bienestar no son siempre cuestión de máximos, sino, con frecuencia, de óptimos entre dos extremos. Así el grado de autonomía ideal no es, en nuestra cultura, la independencia total del entorno y sus demandas (indeseables en cuanto supone un egocentrismo e insensibilidad

extremos), sino un equilibrio razonable entre autorregulación y respuesta adaptada a las demandas del entorno.

El modelo de Jahoda detallada sobre las dimensiones o variables que cubrirían a los seis criterios. Además, planteaba la necesidad de emplear diversas estrategias medida (los métodos propuestos por Jahoda comprenden desde la auto descripción hasta la observación conductual e incluso ¡la descripción del sujeto por parte del psicoanalista que conozca íntimamente a la persona! e incluye procedimientos tanto transversales como longitudinales) y, lo que fue quizás más audaz para su época, sugirió diferentes vías sobre el tipo de diseños que la investigación futura debería acometer para la validación del modelo y los pasos futuros a dar. En cualquier caso, éste fue un punto de partida que prácticamente quedó en el olvido hasta hace pocos años y, con alguna excepción (Lluch, 1999), no fue apenas motivo de investigación y desarrollo teórico.

Lluch (1999), retoma los conceptos teóricos de Jahoda (1958) y proporciona algunas directrices para orientar el diagnóstico de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales pero considera que Jahoda se limitó a describir seis criterios de salud mental, sin plantear ninguna hipótesis acerca de las interacciones entre los criterios, ni respecto al peso específico que cada uno de ellos puede tener en el constructo Salud Mental Positiva. Asimismo, estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica, pero acepta plenamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano. Sugiere, que tener una buena salud

física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental.

Según Lluch (1999), el modelo ha generado interés pero continua actualmente en el mismo punto en el que lo dejó Jahoda, sin ninguna acción práctica, ni impacto sobre el medio. Aunque la salud mental positiva, es producto de la interacción de múltiples factores, se sabe pocos sobre estos y menos sus interacciones.

Lluch (1999), resalta tres factores relacionados con el concepto de salud mental positiva, uno, la relación entre individuos y patología; dos, relación entre la salud física y mental y tres, promoción de la salud. Respecto al primero, concibe que sólo existen individuos con alguna patología que afecta de alguna manera a su entorno más inmediato, expresa que el ambiente y la cultura inciden en la salud y en la enfermedad, entonces, es incorrecto hablar sociedades enfermas o de comunidades enfermas.

El segundo aspecto, plantea que en la salud de los seres humanos, la salud física y mental están interrelacionadas, tener una buena condición física es necesaria, pero no completa para tener una buena condición física es necesaria, pero no completa para tener una buena salud mental positiva, debido a que se puede estar en plena forma, pero se pueden descuidar los aspectos emocionales y el bienestar mental que son componentes del ser humano.

Como tercer y último factor, la Salud Mental Positiva se relaciona con la promoción; es fomentar e iniciar bases, brindando una colaboración y un soporte a individuos sanos, para intentar disminuir los índices de recurrencia a tratamientos.

La concepción de la salud mental positiva queda en un tercer plano cuando las necesidades están caminadas hacia el tratamiento y hacia la prevención. Lo anterior, sucede con frecuencia en los países occidentales, son sociedades desarrolladas pero con recursos limitados lo cual implica definir prioridades, tornando anhelable pero utópico, la concepción de salud mental positiva (Lluch, 1999). Con base en su discusión, (Lluch 1999) hace ajustes a los factores, componentes de la salud mental positiva. La nueva estructura es la siguiente:

**Factor 1: Satisfacción Personal:** Relacionado según Lluch (1999) con el autoconcepto, la satisfacción con la vida personal y la satisfacción con las perspectivas de futuro. En este sentido, Park (2004) plantea que la satisfacción con la vida “desempeña un papel importante en el desarrollo positivo como un indicador, predictor/moderador y una consecuencia. Cuando ésta es baja estaría relacionada con problemas psicológicos, sociales y del comportamiento, mientras que cuando es alta, se asociaría a una buena adaptación y a una salud óptima, por tanto, la satisfacción con la vida se convertiría en un elemento que contrarrestaría los efectos negativos de los eventos estresantes y el desarrollo de problemas de comportamiento (Park, 2004).

Trabajos relacionados con la satisfacción personal coinciden con Lluch en lo concerniente a la satisfacción con la vida personal y la satisfacción con las

perspectivas de futuro, por ejemplo Castro y Sánchez (1999) encuentran que la percepción del bienestar psicológico y el nivel general de la vida son las áreas vitales más relacionadas con el logro actual de los objetivos vitales. Es decir, a mayor autopercepción de salud psicológica, parece que se ha logrado más en la vida y se espera lograr también más a largo plazo. Este resultado no es extraño, ya que a una mayor experiencia de salud física y psicológica existe una mayor percepción de satisfacción global con la vida también (Castro y Sánchez, 1999)

**Factor 2: Actitud Prosocial:** Tiene que ver retomando a Llach (1999) con una predisposición activa hacia lo social o hacia la sociedad, una actitud social altruista o actitud de ayuda o apoyo hacia los demás y con la aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.

Entre tanto y en la misma línea Llach, Zaratti y Pinto (2004, citado por Navarro, 2008), plantean que para la psicología el concepto de comportamiento prosocial se refiere a “todos aquellos actos encaminados a beneficiar a otros individuos de alguna manera, sin considerar los motivos ulteriores al benefactor. Buscando evitar la controversia de si el ser humano actúa siempre para satisfacer su propio interés o para derivar algún tipo de satisfacción; o si, por el contrario es capaz de actuar desinteresadamente (Rivera y Ardilla, 1983).

En este mismo sentido, Navarro (2003), la define como un comportamiento altruista, justo, compartido o generalmente empático Eisenberg y Fabes (1998, citado en Woolfolk, 2000). Según Spacapan y Oskamp (1992, citado en Woolfolk,

2000), incluye acciones que benefician a los demás, sin proporcionar necesariamente un beneficio directo a la persona que la realiza. Cuando busca ayudar a otra persona en la satisfacción de sus necesidades sin esperar recompensa, se trata de un comportamiento altruista (Navarro, 2003).

Lluch (1999) precisa la importancia de la actitud prosocial cuando señala que: “la persona sana tiene más habilidad para entender e interpretar correctamente las actitudes y los sentimientos de los demás. Por tanto, es capaz de percibir con más precisión y exactitud las situaciones desde otros puntos de vista, y según Jahoda, de anticipar y predecir el comportamiento de las personas que interactúa (Lluch, 1999). Y más adelante refiere: en este contexto, la actitud prosocial es una condición necesaria para mantener relaciones interpersonales satisfactorias y un prerrequisito de las habilidades sociales (Lluch, 1999).

**Fase 3: Autocontrol:** según Lluch (1999) en la capacidad para el afrontamiento del estrés o de las situaciones conflictivas, el equilibrio o control emocional y la tolerancia a la ansiedad y al estrés. Lo vincula más específicamente con comportamientos deliberados para alcanzar metas, mientras que Díaz, Comeche y Vallejo, lo conceptualiza como una habilidad que trata de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias, en algún momento, podrían resultar aversivas para el individuo (Labrador & Cruzado, 2001).

Lluch le concede la importancia y presenta el autocontrol, como un buen indicador de salud mental, en tal sentido plantea que es una dimensión fundamental

para mantener el equilibrio emocional, un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona. Como indican Olivares, Méndez y Lozano (1998, citado en Navarro, 2008), la mayoría de comportamientos “sanos” reciben sus recompensas a largo plazo y por tanto el autocontrol es una habilidad esencial para posponer demorar la gratificación y conseguir objetivos que requieran un trabajo continuado. Por otra parte existen diversas escalas que utilizan el autocontrol como un indicador de salud mental (Lluch, 1999, p.246 y 247).

**Factor 4: Autonomía:** Este factor según Lluch (1999) está relacionado con la capacidad de tener criterios propios, la independencia, la autorregulación de la propia conducta y la seguridad personal o confianza en sí mismo.

En este mismo sentido, (Navarro 2003) la define como la “capacidad, deber y derecho a dirigir la propia vida, a partir de la toma de decisiones que consideren (a partir de la evaluación) de la situación, el contexto, el propio plan de vida; (así como de) la evaluación de las consecuencias de esas decisiones, no solo en sí mismos, sino también en los demás, en el plan de vida y bienestar de los otros y; hacerse cargo de estas consecuencias” .

Por otro lado (Lluch 1999) plantea que esta dimensión tiene que ver con la relación de la persona con el mundo: “El grado de dependencia /independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado de salud mental. La persona psicológicamente sana tiene cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás. Esta relación persona-ambiente

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” (Lluch, 1999, p.58).

Lluch pone tanto acento en la importancia de este factor, que incluso señala que la “autonomía es uno de los objetivos básicos implícitos o explícitos, de la mayoría de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diversas orientaciones psicológicas. De hecho, desde la primera infancia se intenta potenciar la independencia de la persona para que modele sus propios criterios, adquiera confianza y seguridad en sí misma y sea capaz de autorregular su propia conducta. Belloch e Ibañez (1992, citados en Navarro, 2008) consideran que la autonomía funcional es un parámetro para diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona (Lluch, 1999).

**Factor 5: Resolución de Problemas y Auto Actualización:** Lluch (1999) hace referencia que tiene que ver con la capacidad de análisis, la habilidad para tomar decisiones, la flexibilidad o capacidad para adaptarse a los cambios y la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo. Esta misma autora lo vincula incluso con el criterio de actitud prosocial.: “la actitud prosocial y las habilidades de relación interpersonal son dos factores íntimamente relacionados” (Lluch, 1999).

Con relación al concepto de resolución de problemas (Labrador y Cruzado 2001) plantea que se refiere al proceso-afectivo-conductual a través del cual un individuo, o un grupo, identifican o descubre medios efectivos de enfrentarse con

los problemas que se encuentran en la vida de cada día. Este proceso incluye tanto la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual.

Un problema es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva está inmediatamente aparente o disponible en ese momento para el individuo o para el grupo enfrentando con la situación.. Y por otro lado, una solución es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuestas que es efectivo en alterar la situación problemática y/o las reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas y minimiza otras consecuencias negativas (Labrador y Cruzado, 2001).

En este sentido (Lluch 1999) plantea que en el criterio de resolución de problemas se tiene en cuenta no solo el proceso llevado a cabo, sino también el resultado. Como se puede observar, la solución de problemas se convierte en una habilidad adaptativa importante, incluso (LLuch1999), retomando a (Bado, 1998); señala que este criterio está presente en distintos programas bien sea de prevención, tratamiento o de rehabilitación de trastornos de depresión, ansiedad, obesidad, problemas de pareja, entre otros.

Por otra parte, el auto actualización se convierte dice (Lluch 1999) en “la fuerza motriz que genera el deseo de crecimiento y superación personal, es un ingrediente esencial en todo el proceso de resolución de problemas”, pero

trascendiendo dicha fuerza motivadora, participando activamente en las actividades de la vida diaria: trabajo, tiempo libre y relaciones con los demás. Por tanto, como la misma Lluch lo plantea, la auto actualización es un indicador de salud mental positiva.

**Factor 6: Habilidades de Relación Interpersonal:** Según (LLuch 1999) consiste en la habilidad para establecer relaciones interpersonales, la empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás, la habilidad para dar apoyo emocional y la habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas. (Díaz 2004) lo vincula con la característica humana de la socialización cuando plantea que el “estado de interacción social es la capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones personales, tendientes a satisfacer la necesidad de socialización del ser humano.

Por otro lado (Navarro 2003) refiere que el control de las relaciones interpersonales es un verdadero arte que está basado, en gran medida, en comportarse en la forma adecuada al estado emocional que se percibe en los demás. Esta habilidad es clave para el liderazgo y la influencia personal. Las personas que sobresalen en este tipo de competencia suelen tener gran éxito social y profesional Roca (2003, citado en Navarro, 2008). La empatía se construye sobre la conciencia de sí mismo, cuanto más abierto se está a las propias emociones, más habilidad se desarrolla para interpretar los sentimientos propios y ajenos.

Además (Lluch 1999) plantea que el entrenamiento en habilidades sociales es una de las técnicas más utilizadas en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la mayoría de los problemas psicológicos: depresión, fobias sociales, consumo de tabaco en niños y adolescentes, terapia de pareja (Amunátegui, 1997, Bados, 1991).

La autora concede también gran importancia a este criterio, pues como ella misma lo señala, de la capacidad para interactuar con otras personas depende en gran medida el logro de objetivos que interesan a todos, pero a la vez favoreciendo el desarrollo personal.

En definitiva, se considera que una persona tiene salud mental positiva si es capaz de: tener relaciones afectivas positivas, promover el bienestar de los demás, sin obtener necesariamente un beneficio personal, trabajar e interactuar con los demás para el beneficio mutuo (Lluch, 1999).

Por tanto, como posteriormente lo plantea Lluch, las habilidades sociales juegan un importante papel en la capacidad del individuo para mejorar su competencia social.

## **1.6. Marco Conceptual**

**Salud mental positiva:** Es un estado de salud de funcionamiento eficaz, en que la persona se siente satisfecha consigo misma, realiza actividades productivas con actitud prosocial; tiene relaciones satisfactorias con sus

semejantes demostrando habilidades, autonomía y autocontrol ya que se adapta más fácilmente a los cambios enfrenta y resuelve problemas logrando auto-actualización.

**Docente:** Aquella persona que enseña una determina ciencia o que realiza acciones referentes a la enseñanza.

**Institución educativa:** es un conjunto de personas y bienes promovida por las autoridades públicas o privadas, cuya finalidad será dar servicio de educación preescolar, y escolar.

### 1.7.Operacionalización de variables

Tabla 1. Factores del modelo de Llach:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	FACTORES	INDICADORES	NIVEL	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO
<b>SALUD MENTAL POSITIVA</b>	Es un estado de salud de funcionamiento eficaz, en que la persona se siente satisfecha consigo misma, realiza actividades productivas con actitud prosocial; tiene relaciones satisfactorias con sus semejantes demostrando habilidades, autonomía y autocontrol ya que se adapta más fácilmente a los cambios enfrenta y resuelve problemas logrando auto-actualización.	<b>Factor 1: SATISFACCIÓN PERSONAL</b>	✓ Autoconcepto ✓ Satisfacción con la vida personal ✓ Satisfacción con las perspectivas de futuro	ALTA	Alto: estado pleno de bienestar, óptimo de funcionamiento	Escala de Salud mental positiva de Llach (1999)
		<b>Factor 2: ACTITUD PROSOCIAL</b>	✓ Predisposición activa hacia lo social /hacia la sociedad ✓ Actitud social “altruista” /Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás ✓ Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales			
		<b>Factor 3: AUTOCONTROL</b>	✓ Capacidad para el afrontamiento del estrés/ de situaciones conflictivas ✓ Equilibrio emocional / control emocional ✓ Tolerancia a la ansiedad y al estrés			

---

<b>Factor 4: AUTONOMIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacidad para tener criterios propios</li> <li>✓ Independencia</li> <li>✓ Autorregulación de la propia conducta</li> <li>✓ Seguridad personal / Confianza en sí mismo</li> </ul>	BAJA	Baja, referida al estado de bienestar con serias limitaciones.
<b>Factor 5: RESOLUCION DE PROBLEMAS Y AUTOACTUAL IZACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacidad de análisis</li> <li>✓ Habilidad para tomar decisiones</li> <li>✓ Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios</li> <li>✓ Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo</li> <li>✓ Habilidad para establecer relaciones interpersonales</li> </ul>		
<b>Factor 6: HABILIDADES DE RELACION INTERPERSON AL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás</li> <li>✓ Habilidad para dar apoyo emocional</li> <li>✓ Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas</li> </ul>		

---

## **II. METODOLOGÍA.**

### **2.1. Tipo y Diseño de Investigación**

El tipo de investigación es descriptiva porque solo recogerá información tal y como se da en el contexto, de diseño no experimental ya que no se manipularán deliberadamente las variables y en los que sólo se observarán los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos y transversal ya que se recolectará la información en un tiempo único y en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

### **2.2. Población y Muestra**

La población de estudio estará conformada por 258 docentes de educación inicial estatal de Sullana en el año 2014. La muestra será no probabilística constituida por 100 docentes.

Dentro de los criterios de inclusión se tomará en cuenta que los docentes acepten ser evaluados y que estén laborando en la institución. Se tomarán en cuenta criterios de exclusión en el estudio, es decir no participaran del estudio aquellos docentes que se encuentren con permisos, licencia y aquellos que no desean participar en el estudio.

### **2.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

En método a usarse en la investigación será de tipo encuesta, en la que se recogerá los datos a través de la escala de Salud mental Positiva de Lluh (1999)

Se utilizará la escala de salud mental positiva construida por (Lluch 1999) basada en el modelo de salud mental positiva de (Jahoda 1958). Es una escala en forma de auto-reporte con frases incompletas en formato Likert, construida y validada en España para la aplicación individual o colectiva.

Está compuesta de 39 reactivos; positivos y negativos, los cuales hacen una estructura de seis factores en su versión original a saber: satisfacción personal conformada por 8 ítem; actitud prosocial, conformada por 5 ítems; autocontrol conformada por 5 ítems; autonomía, conformada por 5 ítems; resolución de problemas y auto-actualización conformada por 9 ítems y habilidades de relación interpersonal conformada por ítems.

La escala tiene cuatro opciones de respuestas tales como siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca.

Las puntuaciones para ítems positivos (+): Siempre o casi siempre, el valor es 1; con bastante frecuencia, el valor es 2; algunas veces, el valor es 3 y nunca o casi nunca el valor es 4. Los ítems positivos son: 4, 23, 25, 37, 5, 21, 22, 26, 15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 11, 18, 20.

Las puntuaciones de los ítems negativos (-) las puntuaciones son invertidas: Siempre o casi siempre, el valor es 4; con bastante frecuencia, el valor es 3; algunas veces, el valor es 2 y nunca o casi nunca el valor es 1. Los ítems negativos son : 7,12,14,31,38,39,1,3,2,10,13,19,33,34,8,9,24,30.

Para su interpretación, se tendrá en cuenta las categorías: Baja, referida al estado de bienestar con serias limitaciones; Media, estado de bienestar con muchas limitaciones; y Alta, estado pleno de bienestar, de funcionamiento óptimo de la persona, que implica la promoción de las cualidades del ser humano facilitando su máximo desarrollo potencial.

La prueba ha sido construida bajo los supuestos de la teoría clásica de los test. De esta manera, su validez de constructo se alcanzó gracias a la confirmación de su estructura factorial subyacente, utilizando un análisis factorial confirmatorio (en función al modelo Jahoda). Para la valoración de los mismos se consideró como criterio de anomalía del ítem una correlación ítem/factor inferior 0.25. Todos los ítems obtuvieron un índice de discriminación interna superior al criterio establecido, y por tanto aceptados en su totalidad.

Este procedimiento fue antecedido por una revisión de jueces expertos en España (Lluch, 1999) para garantizar el aspecto cualitativo de su validez de contenido. En el mismo estudio, se procuró su validez de criterio mediante el cálculo de correlaciones con el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg y con variables relativas a la salud física y mental, las mismas que fueron positivas y de fuerza moderada (todas mayores a 0,6). La fiabilidad de la escala de salud mental positiva general es de 0,85 y la de sus factores es superior a 0,70, a excepción del Factor 2 “actitud prosocial (0,60).

Se anexo una ficha para recolectar datos personales en las que consignaba la edad, sexo, edad y tiempo de servicio

#### **2.4. Procedimiento de Recolección de Datos**

La realización de la investigación comprende una serie de pasos de índole administrativo y ejecutivo, el primero está referido a los permisos institucionales que deben tramitarse y el segundo respecto a los pasos en la investigación en sí.

##### **En los administrativos:**

- Se solicitará una carta de presentación al director de la escuela de psicología solicitando permisos para evaluar a los docentes de los colegios que han sido elegido para el recojo de los datos.
- Coordinar directa con el personal correspondiente para la aplicación de los instrumentos.

##### **En cuanto a la parte metodológica:**

- Recolección de datos programada según la coordinación con las autoridades de la institución.
- Análisis estadístico según el diseño previamente planteado.
- Interpretación de los resultados del análisis estadístico
- Elaboración de conclusiones del estudio basado en los resultados y discusión
- Elaboración de recomendaciones, del informe final y el artículo científico

#### **2.5. Limitaciones de estudio:**

Cuando se inició este proceso de investigación, se tenía en claro algunas limitaciones que nos imponían situaciones externas, tales como, los plazos, los recursos y los avances del conocimiento en el área; así como ciertos

condicionamiento, que podríamos llamar internos, tales como limitaciones de tiempos personales y colectivos (para construir un equipo de investigación), o la necesidad de formarse en aspectos metodológicos y teóricos. A lo largo del proceso mismo que significó realizar esta investigación, algunas de las limitaciones que se anticiparon al inicio se logró, de una u otra forma, enfrentarlas, otras persistieron y algunas se nos fueron aclarando al calor de la pesquisa.

En primer lugar, siendo esta una investigación cuantitativa, por tratarse del primer estudio de esta naturaleza en nuestra localidad que analizara, con una muestra representativa, las relaciones entre condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente, este presenta las debilidades y aportes propios de un primer trabajo. Destacamos particularmente, el hecho de no contar con modelos explicativos previos y demostrados, en nuestra localidad, sobre las relaciones entre condiciones de trabajo y bienestar/malestar. Para el diseño, la elección de instrumentos y variables, así como para guiar los análisis y para la construcción del primer modelo explicativo, hemos utilizado los antecedentes descriptivos existentes en nuestro país, los avances del debate mundial sobre salud laboral, las evidencias disponibles sobre modelos explicativos y la experiencia previa acumulada por el equipo investigador sobre condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente.

Otra limitación del estudio cuantitativo, es su carácter descriptivo. Desde el punto de vista de los estudios epidemiológicos (ciencias de la salud) esta investigación es descriptiva, pues rara vez en ciencias sociales se podría llegar a realizar un estudio analítico experimental o analítico observacional (caso-control o de cohorte), los cuales requieren más tiempo y recursos. Sin embargo, como plantea Hennekens (1997), los estudios descriptivos (en esta clasificación), deben contener

hipótesis implícitas y deben aspirar a realizar análisis explicativos e inferencias, cumpliendo todos los supuestos y mínimos metodológicos necesarios para realizar aquello.

## **2.6. Protección de los Derechos Humanos de los sujetos en estudio**

Los derechos humanos de los participantes se respetaron conforme lo dicta el código de ética del psicólogo peruano, esencialmente en lo que se refiere a la responsabilidad en la investigación científica, a continuación se detalla:

- Ψ Los docentes serán debidamente informados de la naturaleza de la prueba a la que serán sometidos una vez concluida la experiencia.
- Ψ Se garantizara la total confidencialidad de sus identidades (nombres y apellidos) y sus resultados de la evaluación.
- Ψ Los resultados de la prueba serán presentados si los sujetos de estudio lo requieran.

### **III. RESULTADOS.**

#### **3.1. Análisis.**

A continuación, se presenta el resultado del nivel de los factores de Salud Mental Positiva, así mismo el nivel de los factores de la salud mental positiva, según las variables sociodemográficas.

##### **3.1.1. Nivel de los factores de Salud Mental Positiva de los docentes del nivel inicial del sector público de Sullana.2015.**

Se puede observar que los docentes presentan un nivel alto de Salud Mental Positiva en el factor de Satisfacción personal (55%) y Actitud prosocial (54%), siendo estos los factores en los que más de la mitad de los docentes presentan este nivel; mientras que los factores de autocontrol, autonomía, resolución de problemas y habilidades de relación interpersonal, tienen porcentajes menores (28%, 29%, 30% y 25% respectivamente); el siguiente nivel que presenta un mayor porcentaje de manifestación por parte de los docentes es el nivel bajo, tal como se puede apreciar en la tabla N°1, en donde los factores Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, autocontrol y autonomía comprenden el 31%, 34 %, 37% y 34% respectivamente de los docentes, mientras que los factores resolución de problemas y habilidades de relación interpersonal comprenden al 26% y 24% de docentes respectivamente.

Tabla 1. Calificación de los sujetos de la muestra de estudio según factores de Salud Mental Positiva. Docentes del nivel de escuelas públicas, de Sullana, 2015.

Factores de la Salud Mental Positiva	NIVELES DE FACTORES						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	fi	%	Fi	%	fi	%	
<b>Satisfacción Personal</b>	31	31%	14	14%	55	55%	100
<b>Actitud Prosocial</b>	34	34%	12	12%	54	54%	100
<b>Autocontrol</b>	37	37%	35	35%	28	28%	100
<b>Autonomía</b>	34	34%	37	37%	29	29%	100
<b>Resolución de Problemas y Autoactualización</b>	26	26%	44	44%	30	30%	100
<b>Habilidades de Relación Interpersonal</b>	24	24%	51	51%	25	25%	100

**3.1.2. Niveles de los factores de la salud mental positiva: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal según sexo.**

Podemos observar que con respecto a la variable sexo, que las mujeres en el factor Satisfacción personal representan el mayor número de la muestra con un nivel alto (45%), comparado con los hombres (con tan solo 10%), el mismo comportamiento se da con respecto al factor Actitud prosocial en donde las mujeres comprenden el 43% en el nivel alto comparado con el 11% de los hombres; la misma tendencia del comportamiento de los factores se da en el resto de los mismos, aunque ya no con la misma proporcionalidad de diferencia, tal es el caso del factor autocontrol donde las mujeres comprenden el 21% y los hombres

el 7%; en el caso del factor autonomía las mujeres comprenden el 22% comparado con los hombres que comprenden el 7%; en el caso del factor resolución de problemas las mujeres comprenden el 25% mientras que los hombres que comprenden el 5%; y en el caso del factor habilidades de relación interpersonal las mujeres comprenden el 21% mientras que los hombres tan solo el 4%. Sin embargo, el nivel que ocupa el segundo lugar en proporcionalidad es el bajo, en donde las mujeres siguen mostrando superioridad respecto a los hombres.

Tabla 2. Calificación de los sujetos de la muestra de estudio del nivel de los factores según sexo; de los docentes de educación inicial de escuelas públicas, de Sullana, 2015.

		SEXO				Total
		Femenino		masculino		
		Frec	Porc	Frec	Porc	
<b>SATISFACCION PERSONAL</b>	Bajo	29	29%	2	2%	31
	Medio	14	14%	0	0%	14
	Alto	45	45%	10	10%	55
<b>Total</b>		88	88%	12	12%	100
<b>ACTITUD PROSOCIAL</b>	Bajo	33	33%	1	1%	34
	Medio	12	12%	0	0%	12
	Alto	43	43%	11	11%	54
<b>Total</b>		88	88%	12	12%	100
<b>AUTOCONTROL</b>	Bajo	36	36%	1	1%	37
	Medio	31	31%	4	4%	35
	Alto	21	21%	7	7%	28
<b>Total</b>		88	88%	12	12%	100
<b>AUTONOMIA</b>	Bajo	31	31%	3	3%	34
	Medio	35	35%	2	2%	37
	Alto	22	22%	7	7%	29
<b>Total</b>		88	88%	12	12%	100
<b>RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>	Bajo	25	25%	1	1%	26
	Medio	38	38%	6	6%	44
	Alto	25	25%	5	5%	30
<b>Total</b>		88	88%	12	12%	100
<b>HABILIDADES RELACIONES PERSONALES</b>	Bajo	23	23%	1	1%	24
	Medio	44	44%	7	7%	51
	Alto	21	21%	4	4%	25
<b>Total</b>		88	88%	12	12%	100

**3.1.3. Niveles de los factores de la salud mental positiva: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal según edad.**

Podemos observar que con respecto a la variable edad, que los rangos comprendidos entre los 31-35 años y los 41-45 años en el factor Satisfacción personal representan el mayor número de la muestra con un nivel alto (12%), le sigue con el 11% el rango de 36-40 años y en tercer lugar con el 10% los docentes cuyas edades están comprendidas entre los 26-30 años, similar comportamiento se da con respecto al factor Actitud prosocial en donde los docentes cuyas comprenden el rango entre 31-35 años comprenden el 13%, le sigue con el 12% el rango de 26-30 años y en tercer lugar con el 11% los docentes cuyas edades están comprendidas entre los 36-40 años; la misma tendencia del comportamiento de los factores se da en el resto de los mismos, aunque ya no con la misma proporcionalidad de diferencia, tal es el caso del factor autocontrol donde los docentes cuyas comprenden el rango entre 31-35 años comprenden el 9%, le sigue con el 7% el rango de 41-45 años y en tercer lugar con el 5% los docentes cuyas edades están comprendidas entre los 36-40 años; en el caso del factor autonomía donde los docentes cuyas comprenden el rango entre 31-35 años comprenden el 7%, le sigue con el 6% el rango de 36-40 años y en tercer lugar con el 5% los docentes cuyas edades están comprendidas entre los 41-45 años

Tabla 3. Calificación de los sujetos de la muestra de estudio según edad; de los docentes del nivel Inicial de escuelas públicas de Sullana, 2015:

		EDAD														Total
		21-25		26-30		31-35		36-40		41-45		46-50		51-55		
		Frec	Porc													
<b>SATISFACCION PERSONAL</b>	Bajo	1	1%	7	7%	7	7%	11	11%	2	2%	3	3%	0	0%	31
	Medio	0	0%	2	2%	2	2%	4	4%	2	2%	3	3%	1	1%	14
	Alto	4	4%	10	10%	12	12%	11	11%	12	12%	4	4%	1	1%	55
<b>Total</b>		5	5%	19	19%	21	21%	26	26%	16	16%	10	10%	2	2%	100
<b>ACTITUD PROSOCIAL</b>	Bajo	0	0%	4	4%	8	8%	10	10%	5	5%	6	6%	1	1%	34
	Medio	2	2%	3	3%	0	0%	5	5%	2	2%	0	0%	0	0%	12
	Alto	3	3%	12	12%	13	13%	11	11%	9	9%	4	4%	1	1%	54
<b>Total</b>		5	5%	19	19%	21	21%	26	26%	16	16%	10	10%	2	2%	100
<b>AUTOCONTROL</b>	Bajo	1	1%	6	6%	4	4%	13	13%	6	6%	6	6%	1	1%	37
	Medio	3	3%	10	10%	8	8%	8	8%	3	3%	2	2%	0	0%	35
	Alto	1	1%	3	3%	9	9%	5	5%	7	7%	2	2%	1	1%	28
<b>Total</b>		5	5%	19	19%	21	21%	26	26%	16	16%	10	10%	2	2%	100
<b>AUTONOMIA</b>	Bajo	2	2%	6	6%	6	6%	12	12%	5	5%	3	3%	0	0%	34
	Medio	1	1%	8	8%	8	8%	8	8%	6	6%	5	5%	1	1%	37
	Alto	2	2%	5	5%	7	7%	6	6%	5	5%	2	2%	1	1%	29
<b>Total</b>		5	5%	19	19%	21	21%	26	26%	16	16%	10	10%	2	2%	100
<b>RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>	Bajo	0	0%	3	3%	3	3%	8	8%	5	5%	6	6%	1	1%	26
	Medio	3	3%	14	14%	11	11%	11	11%	3	3%	1	1%	0	0%	44
	Alto	2	2%	2	2%	7	7%	7	7%	8	8%	3	3%	1	1%	30
<b>Total</b>		5	5%	19	19%	21	21%	26	26%	16	16%	10	10%	2	2%	100
<b>HABILIDADES RELACIONES PERSONALES</b>	Bajo	0	0%	4	4%	2	2%	8	8%	4	4%	4	4%	1	1%	24
	Medio	3	3%	13	13%	13	13%	12	12%	5	5%	4	4%	1	1%	51
	Alto	2	2%	2	2%	6	6%	6	6%	7	7%	2	2%	0	0%	25
<b>Total</b>		5	5%	19	19%	21	21%	26	26%	16	16%	10	10%	2	2%	100

#### 3.1.4. Niveles de los factores de la salud mental positiva: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal según tiempo de servicio.

Según la *tabla N°4* los docentes que tienen de 1 a 5 años de servicio, son el rango con mayor número de docentes, los cuales presentan un nivel alto en los factores: Satisfacción personal (22%), Actitud prosocial (22%), Autocontrol (11%) y

Autonomía (14%). Así mismo la mayor cantidad de docentes recae sobre este rango, pero con un nivel medio en los factores Resolución de problemas (22%) y habilidades de relaciones interpersonales (20%). Por otro lado podemos ver que los docentes cuyos tiempo de servicio está en el rango de 6 a 10 años son los que comprenden un mayor porcentaje en los factores Satisfacción personal y autocontrol con un nivel bajo (12% y 13% respectivamente)

Tabla 4. Calificación de los sujetos de la muestra de estudio según tiempo de servicio; de los docentes del nivel Inicial de escuelas públicas de Sullana, 2015:

		TIEMPO DE SERVICIO												
		1-5		11-15		16-20		26-30		31-35		6-10		
		Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	Frec	Porc	Total
<b>SATISFACCION PERSONAL</b>	Bajo	9	9%	5	5%	4	4%	1	1%	0	0%	12	12%	31
	Medio	3	3%	6	6%	2	2%	0	0%	0	0%	3	3%	14
	Alto	22	22%	10	10%	6	6%	0	0%	1	1%	16	16%	55
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34%</b>	<b>21</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>31</b>	<b>31%</b>	<b>100</b>
<b>ACTITUD PROSOCIAL</b>	Bajo	8	8%	10	10%	5	5%	0	0%	0	0%	11	11%	34
	Medio	4	4%	3	3%	1	1%	0	0%	0	0%	4	4%	12
	Alto	22	22%	8	8%	6	6%	1	1%	1	1%	16	16%	54
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34%</b>	<b>21</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>31</b>	<b>31%</b>	<b>100</b>
<b>AUTOCONTROL</b>	Bajo	5	5%	12	12%	6	6%	1	1%	0	0%	13	13%	37
	Medio	18	18%	2	2%	4	4%	0	0%	0	0%	11	11%	35
	Alto	11	11%	7	7%	2	2%	0	0%	1	1%	7	7%	28
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34%</b>	<b>21</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>31</b>	<b>31%</b>	<b>100</b>
<b>AUTONOMIA</b>	Bajo	8	8%	12	12%	2	2%	1	1%	0	0%	11	11%	34
	Medio	12	12%	5	5%	7	7%	0	0%	0	0%	13	13%	37
	Alto	14	14%	4	4%	3	3%	0	0%	1	1%	7	7%	29
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34%</b>	<b>21</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>31</b>	<b>31%</b>	<b>100</b>
<b>RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>	Bajo	3	3%	7	7%	6	6%	0	0%	0	0%	10	10%	26
	Medio	22	22%	6	6%	3	3%	1	1%	0	0%	12	12%	44
	Alto	9	9%	8	8%	3	3%	0	0%	1	1%	9	9%	30
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34%</b>	<b>21</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>31</b>	<b>31%</b>	<b>100</b>
<b>HABILIDADES RELACIONES PERSONALES</b>	Bajo	6	6%	6	6%	7	7%	0	0%	0	0%	5	5%	24
	Medio	20	20%	9	9%	2	2%	1	1%	1	1%	18	18%	51
	Alto	8	8%	6	6%	3	3%	0	0%	0	0%	8	8%	25
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>34%</b>	<b>21</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>31</b>	<b>31%</b>	<b>100</b>

## 3.2. Discusión

### Satisfacción personal

Con respecto a este primer factor los resultados nos indican que los docentes de nivel inicial manifiestan una satisfacción personal dividida entre un nivel bajo y medio suman el 45% y un nivel alto que significa el 55%, estos datos sugieren que el hecho de que se manifieste un porcentaje relativamente significativo entre ambos niveles (31% y 14% respectivamente) evidencia que los profesores no se sienten del todo satisfechos en su vida personal y eso se refleja en el desempeño de sus labores académicas; estos resultados no guardan coincidencia con los resultados de la investigación de Salas (2010), quien manifiesta que las categorías presentan proporciones equivalentes es decir que las variables se distribuyen en forma similar, no se encuentran diferencias significativas entre los niveles de bienestar laboral. Los resultados no dan una orientación clara de la posición de los docentes en esta área. Al respecto Bobbio y Ramos (2012), manifiestan que la satisfacción es el resultado de varias actitudes que tiene un trabajador hacia su empleo y la vida en general. Por lo tanto quién está insatisfecho, evidencia actitudes negativas hacia su vida personal y laboral. Se podría decir que cabe la probabilidad de que exista una relación con lo manifestado por Park (2004); Clemente, Molero & Gonzales (2000), que manifiestan que la valoración está constituida bajo diversos dominios en la vida de las personas, tales como la influencia que tiene el trabajo en el desarrollo psicológico personal, satisfacción con la realidad personal actual, las posibilidades de mejora concreta, satisfacción sobre el desarrollo afectivo y social, además de un concepto que estaría relacionado con su satisfacción general con la vida.

Con respecto al factor sexo se determinó que las mujeres representan el mayor número de la muestra con un nivel alto (45%), comparado con los hombres (con tan solo 10%), aunque también se puede observar que existe un 29% de las mujeres que presentan un nivel bajo de satisfacción personal comparado con un tan sólo 2% de los hombres, lo cual marca una diferencia significativa entre ambos géneros. Estos resultados guardan relativa

coincidencia con los arrojados en la investigación de Gonzales (2012), en donde los estudiantes que presentan un nivel malo de SMP, son mujeres.

Con respecto al factor edad se determinó que los rangos comprendidos entre los 31-35 años y los 41-45 años en el factor Satisfacción personal representan el mayor número de la muestra con un nivel alto (12%), le sigue con el 11% el rango de 36-40 años y en tercer lugar con el 10% los docentes cuyas edades están comprendidas entre los 26- 30 años. De igual manera podemos citar a Gonzales (2012), en donde se aprecia que los jóvenes menores de 20 años presentan niveles medios y malos en SMP. Se observa que los niveles de buena SMP se van incrementando con la edad, encontrándose los mejores niveles entre los 21 y 25 años de edad, con lo cual podemos encontrar que existe una tendencia similar con respecto a nuestro estudio.

En cuanto al factor tiempo de servicio se determinó que los docentes de nivel inicial presentan un nivel de satisfacción bajo que bordea el 25%, de los cuales el mayor porcentaje (9%) se presenta en los docentes que tiene entre 31 a 35 años de servicio. (Gamo 2013 y Hernández 2003), apoyan la idea que los que tienen un mayor tiempo de servicio se asocia con una mayor percepción de monotonía laboral y por tanto una menor satisfacción. Aunque también encontramos que existe un grupo de profesores en el mismo rango de años de servicio (31 a 35 años) que manifiestan un nivel medio de satisfacción personal. Por lo que suponemos que no solo es el tiempo de servicio que condiciona las expectativas laborales sino que existen los factores edad y sexo, referencia en Clemente, Molero, Gonzales (2000), como el que se ha encontrado que los que tienen bajo niveles de satisfacción personal son aquellos que tienen menos de 35 años y más de 50 años.

### **Actitud prosocial**

Los resultados también arrojan que los docentes de nivel inicial manifiestan una actitud prosocial dividida entre un nivel bajo y medio suman el 46% y un nivel alto que significa el 54% (similar comportamiento al de Satisfacción personal), lo que nos indica que existe un porcentaje mayoritario de docentes que tienen una actitud desinteresada de ayuda al prójimo. En este sentido podemos mencionar que los comportamientos prosociales son los intentos de satisfacer la necesidad de apoyo físico y emocional de otra persona (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma, 2006; Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2004). Son conductas voluntarias (Eisenberg & Fabes, 1998) que se adoptan para cuidar, asistir, confortar y ayudar a otros (Caprara, Steca, Zelli, & Capanna, 2005).

Aunque tampoco podemos dejar de mencionar que existe un 46% de docentes que adolecen de ese espíritu altruista, lo cual constituye un porcentaje nada despreciable. Estos resultados podrían tener una explicación en que las respuestas negativas de comportamiento prosocial se debe a una relación de éstas con la existencia de cierto aprendizaje previo. Es así como experiencias pasadas de engaños, fraudes, estafas y otras situaciones similares, llevaron a algunos participantes a mostrarse escépticos y desconfiados, del mismo modo que información aprendida sobre los posibles efectos de acciones de ayuda como, por ejemplo, donar sangre

Los resultados de esta investigación nos plantean el grado de exigencia que se debe de tener mucha diligencia al momento de seleccionar al personal docente. Existen perspectivas muy diferentes para entender cuáles son las motivaciones de la conducta prosocial. Desde una visión biológica, los modelos neo-darwinianos contemporáneos acuerdan en que las tendencias prosociales existen en los humanos por predisposiciones genéticas y porque las personas que actúan de esta forma tienen mayor éxito evolutivo, entendido como la

supervivencia de los propios genes a través de diferentes generaciones (Penner, Dovidio, Piliavin, & Schroeder, 2005).

En cuanto a la actitud prosocial relacionado con el sexo , se puede observar que las mujeres siguen manteniendo la delantera, pues presentan valores en el nivel alto del 43%, aunque también existe un 33% de las mismas que presentan un nivel bajo, mientras que tan solo el 12% mantiene un nivel medio

Con respecto al factor edad se determinó que existe un nivel alto en los docentes cuyos rangos están entre los 31-35 años y que constituyen el 13%, le sigue con el 12% el rango de 26-30 años y en tercer lugar con el 11% los docentes cuyas edades están comprendidas entre los 36- 40 años, estos datos guardan relativa coincidencia con respecto a cifras similares en países como Chile, pues el 73,7% de los estudiantes de la Universidad Católica, alguna vez se han involucrado en actividades prosociales (Ríos, 2004). Tendencia similar encontró Padilla (2007) en su investigación, al hallar una media de 3,6, la cual es muy alta. Los anteriores datos sugieren que el ambiente universitario puede favorecer el desarrollo de esta actitud. Estos resultados podrían tener una explicación en que la edad se relaciona positivamente con la conducta prosocial durante cierto período ya que, a lo largo de la niñez, el repertorio de respuestas prosociales va aumentando progresivamente (Shaffer, 2002). La conducta prosocial se convierte en relativamente estable durante el final de la infancia y la adolescencia temprana. En la adolescencia media tiende a declinar, para incrementarse en la adolescencia tardía (Carlo, Crockett, Randall, & Roesch, 2007; Inglés et al., 2008).

En cuanto al factor tiempo de servicio se determinó que los docentes de nivel inicial presentan un nivel de satisfacción alto que bordea el 22%, en el caso de los que llevan de 1-5 años de servicio, seguido por los que llevan de 6-10 años con un 16%.

### **Autocontrol**

Con respecto al componente de autocontrol, se evidencia el predominio de un nivel bajo y medio en los docentes del nivel inicial (37% y 35% respectivamente), entendiéndose que existe una baja capacidad para afrontar situaciones que les generen ansiedad y estrés, ya sea cuando tienen que disciplinar a los alumnos, que muchas veces suelen ser maleducados, o cuando tienen que tratar con padres de familia. (Lluch 1999). Estos resultados difieren de los expuestos por Salmuri y Skoknic (2003), en donde se apreció un incremento significativo de la autodirección, es decir, del autocontrol de la propia conducta, de los recursos y estrategias conductuales y cognitivas. También, hay una tendencia a mejorar la cooperación, es decir, a establecer relaciones interpersonales más empáticas y solidarias. El profesorado valora la mejora de su autoestima, de su autocontrol, de su estilo cognitivo y de sus habilidades de interacción. El estudio de estos cambios eran parte de los objetivos iniciales del estudio y si bien se trataba de una valoración cualitativa y subjetiva, se tuvo en cuenta que la sensación y los sentimientos de bienestar son, también, subjetivos.

Con respecto al factor sexo se determinó que las mujeres concentran un mayor porcentaje en el nivel bajo comparado con los hombres (36% y 1% respectivamente), Mientras que un significativo 31% de las mujeres manifiestan niveles medios, comparado con un 4% de los hombres.

Con respecto al factor edad se determinó que existe un nivel bajo en los docentes cuyos rangos están entre los 36-40 años y que constituyen el 13%, siendo este la mayor concentración de docentes de toda la muestra, es necesario resaltar que en este mismo nivel, tanto los docentes cuyas edades oscilan entre los 21-25 años como los de la edades que oscilan entre los 51-55 años presentan un valor del 1% el cual es considerado insignificante.

En cuanto al factor tiempo de servicio se determinó que los docentes de nivel inicial cuyos años de servicio oscilan entre los 1-5 años presentan un nivel de autocontrol medio y alto que bordea el 18% y 11% respectivamente, sin

embargo tanto en el caso de los docentes cuyo tiempo de servicio oscila entre los 6-10 años y de 11-15 años, el nivel de mayor valor es el bajo con el 13% y 12% respectivamente

### **Autonomía**

Los resultados nos muestran que en los docentes de nivel inicial predominan los niveles bajos y medios en el factor autonomía de la salud mental positiva (34% y 37% respectivamente); es decir se caracterizan porque presentan un estado de bienestar muy limitado para tener criterios propios, la independencia, la autoregulación de la propia conducta y la seguridad personal o confianza en sí mismo (Lluch, 1999). Estos resultados difieren de los manifestados por la UNESCO (2005) en los cuales el 88.2% tiene la posibilidad de tomar decisiones relacionadas al manejo de su trabajo, y el 95.5% dice tomar iniciativas sobre su trabajo.

Altos porcentajes de profesores sostienen que pueden crear procedimientos que hagan sus labores más efectivas (98.1%) y consideran que tienen posibilidades de realizar las mismas funciones en forma creativa (94.9%). El 84.1% menciona que la responsabilidad de la toma de decisión es compartida, y un 70.2% señala que es posible tomar decisiones sin presencia del director.

Se observa, sin embargo, que sólo el 56.5% afirma ser considerado dentro de la toma de decisiones relacionadas a su centro educativo, y sólo un 54.4% siente que la escuela lo estimula a asumir responsabilidades.

Con respecto al factor sexo se determinó que las mujeres siguen concentrando un mayor porcentaje en los niveles bajo y medio (31% y 35% respectivamente) comparado con los hombres (1% y 4% respectivamente).

Con respecto al factor edad se determinó que existe un nivel bajo en los docentes cuyos rangos están entre los 36-40 años y que constituyen el 12%, siendo este la mayor concentración de docentes de toda la muestra, es necesario resaltar que en este mismo nivel, al igual que en el factor anterior (autocontrol),

tanto los docentes cuyas edades oscilan entre los 21-25 años como los de la edades que oscilan entre los 51-55 años presentan un valor del 2% y 0% el cual es considerado insignificante.

En cuanto al factor tiempo de servicio se determinó que los docentes de nivel inicial cuyo tiempo de servicio oscila entre los 1-5 años presentan un nivel de autocontrol medio y alto que bordea el 12% y 14% respectivamente, sin embargo tanto en el caso de los docentes cuyo tiempo de servicio oscila entre los 6-10 años y de 11-15 años, el nivel de mayor valor es el bajo con el 11% y 12% respectivamente

### **Resolución de problemas**

En relación al factor Resolución de Problemas, los resultados nos muestran que predomina el nivel medio (40%), seguido del nivel alto (36%); caracterizado por un estado pleno de bienestar y estado de bienestar con muchas limitaciones en la capacidad de análisis, la habilidad para tomar decisiones, la flexibilidad o capacidad para adaptarse a los cambios y la actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo (Lluch, 1999) respectivamente.

Al respecto (Ortego 2010) refiere la importancia de las variables cognitivas (pensamientos, creencias, etc.) en las habilidades sociales. Todas las habilidades comportamentales deben ir acompañadas de habilidades cognitivas, ya que si no se combinan de manera adecuada ambas habilidades el resultado final no será óptimo; sumado a ello la capacidad de análisis (Lluch, 1999); situación que la mayor parte de los docentes de nivel inicial pareciera estar manejando bien estas habilidades. En contraposición con el grupo del nivel bajo; el cual manifiesta un estado de bienestar con muchas limitaciones en la resolución de problemas.

Con respecto al factor sexo se determinó que las mujeres concentran un mayor porcentaje en el nivel medio (38%), mientras que en los niveles bajo y alto, el porcentaje es igual (25%) comparado con los hombres, cuyo nivel bajo es de apenas el 1% y los niveles medio y alto son de 6% y 5% respectivamente.

Con respecto al factor edad se determinó que existe un nivel medio en los docentes cuyos rangos están entre los 26-30 años y que constituyen el 14%, siendo este la mayor concentración de docentes de toda la muestra, es necesario resaltar que en este mismo nivel, los docentes cuyas edades oscilan entre los 31-35 años y los 36-40 años presentan porcentajes iguales en 11% respectivamente.

En cuanto al factor tiempo de servicio se determinó que los docentes de nivel inicial cuyo tiempo de servicio oscila entre los 1-5 años presentan un nivel medio que bordea el 22% seguido del rango que oscila entre los 6-10 años con el 12% respectivamente, siendo ambos rangos de tiempo de servicio y de nivel los que concentran el mayor número de docentes de la muestra.

### **Habilidades de relaciones interpersonales**

En relación al factor Habilidades de relaciones interpersonales, los resultados nos muestran que predomina el nivel medio (51%), seguido del nivel alto (25%) y por último el nivel bajo (24%); estos resultados guardan relativa coincidencia con los resultados del estudio exploratorio de la UNESCO (2005), en donde se tomó como caso de estudio a Perú, y se logró constatar que el 87.4% de profesores afirma establecer relaciones sociales con sus colegas de trabajo y el 85.7% afirma que éstas son adecuadas, ya que se siente a gusto con sus colegas, el 88.7% sostiene que tiene amigos cercanos de confianza dentro de la escuela que los ayudan a sentirse bien, y el 73.4% menciona que se establecen relaciones de cooperación mutua. Así mismo, el 77.6% manifiesta sentirse apoyado en situaciones difíciles y se siente libre de expresar su desacuerdo con los demás sin temor a la pérdida de aprobación o apoyo en un 76.3%.

Navarro (2003), manifiesta que el control de las relaciones interpersonales se le puede describir como un verdadero arte, basado en comportarse de forma adecuada al estado emocional que se percibe en los demás. Para Lluch (1999), viene a ser la habilidad para establecer relaciones interpersonales, la empatía / capacidad para entender los sentimientos de los

demás, la habilidad para dar apoyo emocional y la habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

Díaz (2004) lo vincula con la característica humana de la socialización cuando plantea que el “estado de interacción social [es la] capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones personales, tendientes a satisfacer la necesidad de socialización del ser humano”

Con respecto al factor sexo se determinó que las mujeres concentran un mayor porcentaje en el nivel medio (44%), mientras que en los niveles bajo y alto, el porcentaje es de 23% y 21% respectivamente comparado con los hombres, cuyo nivel bajo es de apenas el 1% y los niveles medio y alto son de 7% y 4% respectivamente.

Con respecto al factor edad se determinó que existe un nivel medio en los docentes cuyos rangos están entre los 26-30 años y que constituyen el 13%, siendo este la mayor concentración de docentes de toda la muestra, es necesario resaltar que en este mismo nivel, los docentes cuyas edades oscilan entre los 31-35 años y los 36-40 años presentan porcentajes iguales en 12% respectivamente.

En cuanto al factor tiempo de servicio se determinó que los docentes de nivel inicial cuyo tiempo de servicio oscila entre los 1-5 años presentan un nivel medio que bordea el 20% seguido del rango que oscila entre los 6-10 años con el 18% respectivamente, siendo ambos rangos de tiempo de servicio y de nivel los que concentran el mayor número de docentes de la muestra.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. Conclusiones

- La Salud Mental Positiva en los Docentes de Educación Inicial de Instituciones Educativas Públicas de la Provincia de Sullana, presenta niveles altos en un porcentaje muy bajo, lo que nos indica porcentajes preocupantes en la salud mental positiva de nuestros docentes.
- Los niveles de los factores que determinan la salud mental positiva de los docentes del nivel inicial, se ubican en un nivel alto solamente en lo que respecta a la satisfacción personal y la actitud prosocial mientras que en un nivel medio están el factor habilidades de relación interpersonal la resolución de problemas y autoactualización y la autonomía mientras que el autocontrol se ubican en un nivel bajo, lo que indica que un porcentaje significativo de docentes tiene problemas para controlarse ante situación de presión laboral.
- Los niveles de la Salud Mental Positiva en los Docentes de Educación Inicial de Instituciones Educativas Públicas según la variable sexo, nos indican que en términos generales un mayor porcentaje de hombres manifiestan niveles altos de SMP, mientras que en el caso de las mujeres es poco significativo, sin embargo a medida que los niveles van migrando a la escala de medios y bajos, las mujeres tienen mayor presencia en dichos niveles que los hombres, lo que nos permite concluir que existe un mayor porcentaje de mujeres con SMP deficiente respecto de los hombres.
- Los niveles de la Salud Mental Positiva en los Docentes de Educación Inicial de Instituciones Educativas Públicas según la variable edad, nos

indican que en términos generales un mayor porcentaje de docentes jóvenes presentan niveles óptimos de SMP respecto a los adultos, sobretodo en el nivel bajo, en donde los adultos prácticamente superan en una proporción de 2 a 1 a los jóvenes, mientras que en nivel medio, los jóvenes demuestran una relativa superioridad; y en el nivel alto la predominancia es de los adultos, aunque la diferencia es poco significativa

- Los niveles de la Salud Mental Positiva en los Docentes de Educación Inicial de Instituciones Educativas Públicas según la variable tiempo de servicio, nos indican que los docentes que llevan menos tiempo de servicio en su profesión, manifiestan niveles altos de SMP, mientras que en la medida que van incrementado sus años de servicio, los niveles de SMP, van mostrando un comportamiento de regresión en sus niveles, en otras palabras, a más años de servicio, sus niveles de SMP van decayendo.

#### **4.2. Recomendaciones.**

- El presente estudio representa un abordaje preliminar de determinación de los niveles de SMP en los docentes de educación inicial, lo cual debe ser complementado a futuro con un análisis de condiciones y medio ambiente de trabajo que nos permita profundizar sobre las causas de los elementos de riesgo, en los factores de la SMP.
- Estudiar y diseñar intervenciones eficaces y bien dirigidas tendientes a promocionar la salud mental positiva y manejar los problemas que existan al respecto.
- Generar un sistema de monitoreo y control periódico sobre la presencia de elementos de riesgo que afecten a los diversos factores que comprenden la SMP, al menos una vez al año.
- Informar y capacitar a todos los docentes de Educación Inicial de Instituciones Educativas Públicas, sobre la importancia del conocimiento de los elementos de riesgo y su influencia sobre la salud mental positiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bados, A.(1991). *Hablar en público*. Guía práctica para lograr habilidad y confianza. Madrid: Pirámide.

Bados, A.(1998). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Manual de terapia de conducta. Madrid: Dykinson.

Barradas, M. , Sánchez, J., Guzmán, M., Balderrama, J. (2007).*Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana*.  
Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo.  
Recuperado de  
[http://www.ride.org.mx/docs/publicaciones/09/psicologia\\_bienestar\\_laboral\\_y\\_calidad\\_de\\_vida/maria\\_esther\\_barradas\\_alarcon-josue\\_m\\_sanchez\\_b-lourdes\\_guzman\\_i-.jorge\\_a\\_balderrama\\_t..pdf](http://www.ride.org.mx/docs/publicaciones/09/psicologia_bienestar_laboral_y_calidad_de_vida/maria_esther_barradas_alarcon-josue_m_sanchez_b-lourdes_guzman_i-.jorge_a_balderrama_t..pdf)

Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma, A. (2006). *Positive youth development: Theory, research and applications*. En R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development*. Handbook of child psychology (pp. 894-941). Hoboken, NJ: Wiley.

Bethelmy, L, y Guarino L. (2008) *Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderador de la relación estrés-salud en médicos venezolanos*. Recuperado en [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2774199.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2774199.pdf)

Bobbio L., y Ramos, W. (2010) *Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú*. Rev. per epidemiol 14(2). Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=67187&id\\_seccion=3629&id\\_e](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67187&id_seccion=3629&id_e)

Blandin, J., Martinez, D. (2005) *Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos residentes del Hospital Militar "Dr Carlos Arévalo"* Vol 51. N°104 Enero/Junio. Recuperado de <http://www.svp.org.ve/images/articulo2n104.pdf>

Carlo, G., Crockett, L. J., Randall, B. A., & Roesch, S. C. (2007). *A latent growth curve analysis of prosocial behavior among rural adolescents*. Journal of Research on Adolescence, 17(2), 301-324.

Cañón, W. y Rodríguez, A. (2011). *Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea10.pdf>

Casas, M. (2009). *Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Informe Final Perú. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048003.pdf>

Clemente, A, Molero, R., y Gonzales, F. (2000). *Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas* *Anales de psicología*, Vol.16, nº2, 189-198.

ISSN: 0212-9728 Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29371/28441>

Castro, A. y Sánchez, M. (1999). *Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios*. *Psicothema*. ISSN 0214-9915, 12(1) 87-92.

Recuperado de <http://psicothema.com/pdf/257.pdf>

Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, D. (2004). *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 98-124.

Cuñado, A., Gil, F., & García, M. (1992). *Habilidades sociales en la relación del profesional sanitario con pacientes quirúrgicos*. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 139-146). Madrid: Eudema.

Díaz, I.(2004) *Variables e indicadores personales intervinientes y/o codeterminantes en la calidad de vida desde su dimensión personal*.

Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos18/variables-e-indicadores/variables-e-indicadores.shtml>

Escalante, M. (s.f.). *Salud mental y cultura de paz*. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/saludmental.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludmental.htm)

Eisenberg, N., & Fabes, R. (1998). *Prosocial development*. En W. Damon y N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional and personality development* (pp. 701-778). New York: Wiley.

Escobar, R. (2012) *Motivación y satisfacción en el cuidado de enfermería*. Recuperado e <http://www.slideshare.net/UNABELSalvador/motivacion-y-satisfaccion-en-enfermeria-anes11-12-15431653>

Esteva, M., Larraz, C., & Jiménez, F. (2006) *La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo*. *Rev Clin Esp*- vol 206, num.2 DOI 10.1157/13085357. Recuperado de <http://www.revclinesp.es/en/la-salud-mental-los-medicos/articulo/13085357/>

Esguerra R. (2013) *La autonomía profesional del médico periódico*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/opinion/autonomia-profesional-del-medico-columna-439319>

Fernández-Rios, L., Cornes, J y Codesido, F (1997). *Psicología preventiva: situación actual*. En G. Buena-Casal, L. Fernández Rios y T.J. Carrasco

(Eds.). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 59-57). Madrid: Pirámide.

García M., Lujan, M. y Martínez, M. (2007) *Satisfacción laboral del personal de salud*. Rev de enfermería del Instituto Mexicano del seguro social, n°2 pag.63-72. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=18895&IDPUBLICACION=1932>

Giacomantone, O. Suárez I. (2009) *Profesionalismo médico, su relación con la educación médica del siglo XXI*. Rev. Educación médica permanente 1(1)4-18 Recuperado de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8517/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8517/Documento_completo.pdf?sequence=1)

Guerrero, B.(2010). *La importancia de invertir en la salud de los empleados*. Recuperado de <http://mba.americaeconomia.com/articulos/reportajes/la-importancia-de-invertir-en-la-salud-de-los-empleados>

Gonzales, L. (2012) *Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la escuela de ciencias políticas. Tesis doctoral*. Recuperado de [http://digitool-uam.greendata.es:1801/webclient/DeliveryManager?pid=50749&custom\\_att\\_2=simple\\_view](http://digitool-uam.greendata.es:1801/webclient/DeliveryManager?pid=50749&custom_att_2=simple_view)

Hennekens, Ch. et al (1997): "*Epidemiology in Medicine*". Paperback, USA.

Hernández, E., Cerezo, S. y López, M. (2007) *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras*. Rev. Enfermería instituto México Seguro Soc, 15(3): 161-166. Recuperado de [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategorias&view=article&id=172:estrategias-de-afrontamiento-ante-el-estres-laboral-en-enfermeras](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategorias&view=article&id=172:estrategias-de-afrontamiento-ante-el-estres-laboral-en-enfermeras)

Hernández AM, Mirabent J, Sariol T, Boix E. (1997). *Asertividad de los profesionales de enfermería frente a situaciones conflictivas de tipo relacional con el enfermo y/o los familiares*.

Hospital La Caleta (2012). *Informe Técnico del Estudio de Satisfacción del usuario externo I semestre 2012*.

Hospital La Caleta (2012). *Informe Técnico del Estudio de Satisfacción del Usuario Interno 2012*.

Huici, C. (1983). *La relación profesional de la salud-enfermo (II)*. In J. Pérez (Ed.), *Curso de nivelación ATS: ciencias de la conducta* (pp. 313-345). Madrid: UNED.

Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides,... García- López, L. J. (2008). *Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: Un estudio comparativo*. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 449-461.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Jaik, Villanueva García y Tena (2011) *Burnout y salud mental positiva en docentes de Postgrado*. Recuperado de [http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area\\_16/1189.pdf](http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_16/1189.pdf)

Jaramillo, Ruiz y Pardo (2009) *Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red Urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería*. Recuperado de <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-02-vol5-n8.pdf>

Jarne, A. & Requena (1996). *Conceptos fundamentales*. En A. Jarne (Coord-), *Psicolotología clínica* (Vol . I pp 11-37 ). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Labrador, F. y Cruzado, J. (2001). *Técnicas de Autocontrol. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Ediciones Pirámide.

Lluch, M.(1999). *Construcción de una escala para medir la salud mental positive*. Tesis de grado de doctorado. Universidad Barcelona, España.

Mamani, A., Obando, R., Uribe, A. Vivanco, M. (2007) *Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño Laboral en Emergencia*. Rev. Per Obst Enf [online] ene/julio, vol 3 n°1. P.50-57. Recuperado de [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-77132007000100007&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-77132007000100007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1816-7713.

Manzano G. (2008). *Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. Dossier Información Psicológica*. 2008. n° 91-92. Septiembre 07-abril 08. p. 23-31. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1771/5/Empatia-y-desgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-de-salud-mental-y-psiquiatrica>

Martínez, P., Terrones, A. Vásquez, E. Hernández, M. (2009) *Reflexiones sobre el concepto de Salud Mental Positiva*. Enlaces académicos 2(2). Recuperado de <http://cianujed.com/1599/pdf/5.-Reflexiones%20sobre%20el%20concepto%20de%20Salud%20Mental%20Positiva.pdf>

Martos L., ( 2009 ) *Que impulsa a la mujer a ayudar a los demás*. Revista Esfinge. Recuperado de <http://www.revistaesfinge.com/sociedad/pensamiento-social/item/625-24que-impulsa-a-la-mujer-a-ayudar-a-los-demas>

Medina, Iriara, Martinez y Cardona (2012). *Características de salud mental positiva en estudiantes de una Universidad Privada de la Ciudad de Quindío*. Revista virtual de la Universidad Católica del Norte. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/379/714>

Ministerio de Salud (2011). *Documento técnico: lineamientos para la vigilancia de la salud de los Trabajadores*. Recuperado de [http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma\\_consulta/Linamientos\\_de\\_VST.pdf](http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma_consulta/Linamientos_de_VST.pdf)

Morales, J. F. (1985). *La relación profesional de la salud-enfermo*. In J. E. Morales (Ed.), *Psicología social y aplicada* (pp. 83-109). Bilbao: DDB.

Navarro, G.(2003). *Educación para la responsabilidad social : Elementos para la discusión. Programa de estudios para la responsabilidad social : Elementos para la educación*. Ponencia presentada en el sentimiento educando para la responsabilidad social. Universidad de Concepción del 08 al 10 de mayo de 2003. Recuperado de <http://www2.udec.cl/rsu/recursos.php>

Navarro, G. (2008). *Características de la salud mental positiva en estudiantes universitarios*. Trabajo de investigación para optar el título de magister en

desarrollo social. Recuperado de  
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/684/1/37331533.pdf>

Orellana, O. García, L., Yanac E, Rivera, J., Alvites, J., Orellana, D., Canseco, P.,Mendoza, C. (2012). *Competencias comunicativas y salud mental positiva en el perfil profesional de los profesores de la educación básica de lima metropolitana*. Recuperado de  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v15\\_n2/pdf/a05v15n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v15_n2/pdf/a05v15n2.pdf)

Ortego, M. (2010). *Las habilidades sociales y los profesionales de la salud*. Recuperado de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-ii/tema-7.-las-habilidades-sociales-1/7.6-las-habilidades-sociales-y-los-profesionales>

Ovejero, A. (1987). *Psicología social y salud*. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Ovejero, A. (1990). *Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo*. In S. Barriga Ed.), *Psicología de la salud* (). Sevilla: Alfar.

Paris, L. y Omar, A. (2007) *Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros*. Estudio de psicología 13(3),233-244. Recuperado de  
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n3/a06v13n3.pdf>

Paris, L. (2010) *Predictores de satisfacción laboral y bienestar subjetivo en profesionales de la salud*. Un estudio con médicos y -enfermeros de la ciudad de Rosario. Recuperado de [http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico11/11Psico\\_06.pdf](http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico11/11Psico_06.pdf)

Park, N (2004). *The role of subjective Well-Being in positive Yputh Development*. The ANNALS of the American Academy of political and social sciencie, Vol. 591. (1) 25-39. Recuperado de <http://ann.sagepub.com/cgi/content/abstract/591/1/25>

Pavón, P., Gogeochea, M., Sobeida, M., Blásquez, C., Blásquez, R. (2011) *Satisfacción del personal de salud en un hospital universitario*. Red de revistas científicas de América latina, el caribe, España y Portugal. Vol. 17, núm. 1-2, enero-agosto, pp. 13-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182003.pdf>

Peitchinis, J. A. (1982). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. Madrid: Alhambra.

Penner, L., Dovidio, J., Piliavin, J., & Schroeder, D. (2005). *Prosocial behavior: Multilevel perspectives*. Annual Review of Psychology, 56(1), 365-392.

Portocarrero (2010). *Autonomía médica*. Centro de Gestión hospitalaria. Vía Salud 51. Recuperado de [http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia\\_medica.pdf](http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia_medica.pdf)

Ribera, D. (1988). *Entrenamiento en comunicación. Necesidad para enfermería*. Rol. Revista De Enfermería, 113, 26-28.

Ríos, R. (2004) Universitarios y Voluntariado: *Análisis del Involucramiento en Acciones Filantrópicas de los Alumnos de la PUC*. Psykhe, 13, (2), 99-115. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200008&script=sci_arttext)

Rodríguez, J. (2001b). *Efecto de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente, satisfacción del paciente, cumplimiento de las prescripciones terapéuticas*. In J. Rodríguez (Ed.), *Psicología social de la salud* (pp. 143-160). Madrid: Síntesis.

Rodríguez, J., (2012) *Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería Hospital Nacional psiquiátrico*. Revista de enfermería de Costa Rica, 33 (1). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art1.pdf>

Salas, J. (2010). Bienestar Psicológico y el Síndrome de “quemadob laboral” (Burnout) en los docentes de la UGEL No. 7. Perú; UNMSM

Salmuri F., Skoknic V. (2003). *Control del Estrés Laboral en los Profesores mediante Educación Emocional*. Chile: Universidad de Chile, Vol. XII, N° 1: Pág. 37-64

Salomón, S., Alós, M., y Carena, J. (2007) *Estrés profesional: Diferencias entre médicos en formación y médicos de planta*. Revista Argentina y Educación Médica, Vol 1 n° 1 Julio 31-35. Recuperado de [http://www.raemonline.com.ar/pdf\\_pub/v1n1\\_31a35.pdf](http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/v1n1_31a35.pdf)

Sánchez, A. (2002). *Psicología social aplicada*. Madrid. Prentice Hall

Sánchez, J. & Mora, H. (2009). *Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1771/1/>

Sánchez, J. (1998). *Lo positivo, refuerza lo positivo*. Enfermería científica, 196-197  
Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Shaffer, D. (2002). *Desarrollo Social y de la Personalidad*, 4ª edición. Madrid: Thomson.

Soto, A. (2011). *Recursos humanos en salud*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 8(2): 173-4. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a01v28n2.pdf>

Tapp,D., Stansfield, K. Stewart, J. (2005). *La autonomía en la práctica de enfermería*. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/65/135>

UNESCO. (2005). *Estudio Exploratorio sobre Condiciones de Trabajo y Salud Docente*. Chile; UNESCO.

Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital La Caleta (2012). *Informe Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en salud en consultorios externos del Hospital La Caleta*.

Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital La Caleta (2013). *Informe Resultados de encuesta del tiempo de espera en emergencia*.

Vega, F., Granados, G., López, R. (2013) *La satisfacción de las enfermeras gestoras de casos en la provincia de Almería*. Revista inquietudes. n°46. Enero-junio.p-17.Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1367838319.pdf>

Woolfolk, A.(2000). *Psicología Educativa*. México: Prentice-Hall hispanoamericana S.A.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco A mi asesor de tesis Mg. Lily padilla, por su paciencia y sus orientaciones metodológicas.

A los docentes de nivel inicial que han participado en el estudio, por su admirable esfuerzo y dedicación en la participación de forma totalmente incondicional. En especial, a mi familia, gracias a ellos yo soy lo que soy.

# **ANEXOS Y APÉNDICE**

**ANEXOS.****Anexo 1.****HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DIRECTOR**

Yo, como Director de la Institución Educativa.....; en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

**EXPONGO:**

Que he sido debidamente **INFORMADO** por el responsable de realizar la investigación científica “**SALUD MENTAL POSITIVA EN.....**” siendo importante mi participación en calidad de directivo en la supervisión de dicha investigación para garantizar a la comunidad laboral el cumplimiento de la misma según lo programado.

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que han surgido.

**MANIFIESTO:**

Que estoy satisfecho de las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación **Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para la ejecución de la investigación.

Este consentimiento puede ser revocado si se incumplen los acuerdos.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Director

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador responsable

Fecha: .....

## APENDICE.

### Apéndice 1.

#### ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA (Lluch, 1999)

Edad..... Sexo: F M

Tiempo de servicio en la institución.....

#### Instrucciones:

A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros.

Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti, marca o escribe con una "x" en las casillas de la derecha donde dice: siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca.

**Por favor, contesta a todas las afirmaciones. Muchas gracias.**

Nro	Proposiciones	Siembre o	Con	Algunas	Nunca
		casi	bastante	veces	o casi
		siempre	frecuencia		nunca
1	A mí... resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2	Los problemas.... me bloquean fácilmente				
3	A mí ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4	.... me gusto como soy				

5	.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6	...me siento a punto de explotar				
7	Para mí, la vida es ... aburrida				
8	A mi ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9	... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10	.... me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí				
11	Creo que ... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12	... veo mi futuro con pesimismo				
13	Las opiniones de los demás ... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14	... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15	... soy capaz de tomar decisiones por mí misma /o				

Nro	Proposiciones	Siembre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
16	... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17	... intento mejorar como persona				
18	... me considero un "buen psicólogo/a"				
19	... me preocupa que la gente me critique				
20	... creo que soy una persona sociable				
21	... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23	... pienso que soy una persona digna de confianza				
24	A mi ... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25	... pienso en las necesidades de los demás				
26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27	Cuando hay cambios en mi entorno ... intento adaptarme				
28	Delante de un problema ... soy capaz de solicitar información				
29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual ... me estimulan				
30	... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis jefes				
31	... creo que soy un /a inútil y no sirvo para nada				
32	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				

33	... me resulta difícil tener opiniones personales				
34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes ... me siento muy insegura/o				
35	... soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36	Cuando se me plantea un problema... intento buscar posibles soluciones				
37	... me gusta ayudar a los demás				
38	... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39	... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

Gracias por su participación