

Características de la salud mental positiva en estudiantes de Ciencias de la Salud, de la Universidad San Pedro de Chimbote

Manuel Alejandro Concha Huarcaya
Leonardo Fuerte Montaña

Resumen

El presente estudio se propone describir las características de la salud mental positiva de estudiantes de Ciencias de la Salud y elaborar una propuesta de intervención que se ajuste a sus necesidades. Se empleó un diseño descriptivo simple, de grupos contrastantes, en una muestra de 220 estudiantes, entre hombres y mujeres de entre 17 y 40 años. Como instrumento, se utilizó la escala de Salud Mental Positiva de Lluch (1999), adaptada para la población objetivo. Los resultados principales mostraron una prevalencia de salud mental positiva (apropiada) en menos de 43% de los estudiantes, considerando como factores de mayor riesgo,

Abstract

The purpose of the study is to describe the characteristics of Positive Mental Health of students of health sciences and to prepare an intervention proposal tailored to their specific needs regarding this type of health. A simple descriptive design of contrasting groups was used in a sample of 220 students, between men and women in an age range of 17 to 40 years. The instrument used was the scale of Positive Mental Health of Lluch (1999), adapted for the target population. The main results showed a prevalence of positive (appropriate) mental health in less than 43% of the students, considering as factors of greater risk, the lack of prosocial attitude, the poor

MANUEL ALEJANDRO CONCHA HUARCAYA Y LEONARDO FUERTE MONTAÑO. Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos, Universidad de San Martín de Porres, Perú. Contacto [lfuertem@usmp.pe].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 19, núms. 1-2, enero-diciembre 2017, pp. 65-90.
Fecha de recepción: 28 de noviembre de 1987 | Fecha de aceptación: 21 de enero de 2018.

la falta de actitud prosocial, la poca capacidad de resolución de problemas y autoactualización y las escasas habilidades de relación interpersonal. Esta propuesta se diseñó con base en un programa que se ajustó a las necesidades y riesgos potenciales identificados en el estudio.

PALABRAS CLAVE

Salud mental positiva, universitarios, ciencias de la salud, propuesta de intervención.

ability to solve problems and self-actualization, and the scarce abilities of interpersonal relationship. The proposal designed was a program adjusted to the needs and potential risks identified in the study.

KEYWORDS

Positive mental health, university, health sciences, intervention proposal.

A lo largo de los años, la educación superior ha conferido mayor interés a la instrucción y a todo lo relacionado con ella: plan de estudios, metodologías y evaluación, entre otros; sin embargo, no se han considerado así las inquietudes, necesidades, aptitudes, capacidades y problemas de los estudiantes, quienes desde la adolescencia experimentan cambios y transformaciones en sus vínculos con otros, en la búsqueda de ser aceptados en un grupo con intereses y sentimientos semejantes. Este intercambio de nuevas vivencias emocionales les permite sentirse comprendidos y aceptados en un grupo donde el aprendizaje es permanente.

En la convivencia social, persisten los problemas sociales relacionados con la calidad de vida y la salud mental, evidenciados con experiencias de violencia sexual y familiar, debido a la pérdida de control emocional y la crisis de ansiedad y depresión, las conductas suicidas, la pérdida de valores y la desesperanza de logros, por mencionar algunos.

En Perú, durante 2010, el *Programa nacional contra la violencia sexual y familiar* del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social atendió, por medio de los Centros de Emergencia Mujer, 47 159 casos de personas afectadas por violencia familiar y sexual, de los cuales 87% fueron mujeres y 13% hombres; la violencia psicológica se ubica como el tipo de

mayor incidencia en 22 598 casos (52%). En cuanto al grupo etario de 18 a 25 años de edad, la violencia psicológica ascendió a 2 842 (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2010). Además, la Dirección de Salud IV, de Lima, reportó un incremento de trastornos de salud mental en el período comprendido entre 2007 y 2010; los más relevantes fueron los siguientes: los trastornos de ansiedad y depresión recurrentes, sobre todo en las mujeres, relacionados con causas externas de traumatismos y envenenamientos, que incluyen agresión física y suicidio, que representan, en promedio, durante los últimos cuatro años, 9% de causas de mortalidad (Vargas, 2011).

En efecto, la salud mental en Perú involucra los trastornos mentales con problemas psicosociales graves, evidenciados en los diferentes tipos de violencia. La causa de los trastornos mentales es multifactorial y es necesario considerar los determinantes o agravantes en el contexto social, pues las enfermedades mentales representan un serio problema de salud pública en el mundo, aunque su importancia y la definición conceptual se han menospreciado. Además de la enfermedad por sí misma, las enfermedades mentales generan necesidades de rehabilitación considerables para las personas que deben recibir tratamiento durante largos periodos de su vida. Además, una de las enfermedades que más discapacidad produce en el mundo y que en los últimos tiempos ocupa un lugar importante en el área estadística de salud mental es la depresión.

También debe resaltarse la intervención de los trastornos de ansiedad, en sus diversas presentaciones, con alta prevalencia en la actualidad, debido a cambios en el estilo de vida de cada individuo, los cuales abarcan cada vez más grupos etarios diversos. A esto se añade que, dada las condiciones de vida estresante a la que se somete cada día la sociedad, dichos valores se equiparan en relación con ambos sexos. También se observa una correlación unificada entre depresión-ansiedad, incluso casos de intento suicida que, cual círculo vicioso, se retroalimentan los unos con los otros.

En Perú, hay interés por la salud mental y la preocupación por ella se refleja tanto en el nivel gubernamental como en el social. A pesar de ello, a la fecha no existe un estudio nacional que mida la magnitud de

enfermedad mental y su distribución por subgrupos poblacionales, si bien hay evidencias de estudios recopilatorios de datos provenientes de los servicios de salud, en cuanto a violencia, abuso de sustancias psicoactivas, depresión, desórdenes psicóticos por diversos factores culturales y demográficos; tal es el caso del aumento de la población en los grupos etarios de los adolescentes, la población joven, adulta y adulta mayor en contraste con el grupo infantil, con un incremento de la prevalencia de las enfermedades, casos de violencia y uso de drogas de la población juvenil (Ministerio de Salud, 2001).

Resulta preocupante la situación entre los estudiantes universitarios que no escapan a este problema de salud mental. Por ello, esta investigación se orienta a conocer las características de la salud mental positiva en estudiantes de Ciencias de la Salud de una universidad particular, para que, con base en los resultados, pueda implementarse un programa de tutoría universitaria, tomando como referencia el modelo de Salud Mental Positiva, de Jahoda (1958).

Bases teóricas

SALUD MENTAL

Para López *et al.* (2003), la salud mental es un derecho fundamental de vivir en equilibrio emocional; es decir, que en la vida hay momentos de inestabilidad propios de las crisis evolutivas y sociales y que la persona desarrolla una búsqueda de equilibrio, lo cual implica un bienestar psicológico y social pleno, con el empleo de gran parte de la energía mental para organizar su individualidad, lo cual necesita ser compensado mediante el bienestar o satisfacción personal con la vida y su relación con el entorno social. Lo anterior puede lograrse por medio de un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes para afrontar las presiones normales de la vida y desarrollar un trabajo productivo y fructífero, siendo, incluso, capaz de hacer una contribución a su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Según Lluch (1999), el primer problema relacionado con el concepto “salud mental” se vincula con la definición de su contenido, pues es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes distintos —a veces, difíciles de conjugar— sobre la salud mental. A pesar de la gran divergencia, la salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental, y en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, otorgándole un sentido dinámico y cambiante.

Desde una perspectiva positiva, la salud mental se define como el estado de funcionamiento óptimo de la persona, considerando la salud como un estado igual o algo más que la ausencia de enfermedad, para trabajar directamente en la curación, prevención y promoción. Emplea el modelo clínico tradicional para responder a la necesidad de tratar los trastornos mentales y reflejar la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas (Lluch, 1999).

ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA DE JAHODA

Para esta investigación, fue conveniente trabajar con el modelo de salud mental positiva de Jahoda, desarrollado en Estados Unidos, en 1995, cuando se constituyó la Comisión Conjunta para la Enfermedad y la Salud Mental, con el propósito de realizar un estudio integral de la salud mental. Esta comisión, de carácter multidisciplinar, generó diferentes estudios, entre los cuales se halla el de Jahoda (1958), a quien se le encomendó investigar y profundizar el concepto de salud mental positiva (Navarro, 2008). Los resultados del trabajo global de dicha Comisión se presentaron en el informe final *Action for Mental Health*, en 1961, que sirvió de base para orientar las nuevas políticas de salud mental. Hasta la fecha, el estudio de Jahoda es un referente para la conceptualización y el abordaje de la salud mental desde una perspectiva de promoción.

Ante ese contexto, el trabajo destaca la necesidad de superar los conceptos de salud mental focalizados en la prevención o el tratamiento y avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención. Asimismo, se pretende reivindicar la promoción de la salud mental y superar la mera prevención de la enfermedad, considerando la concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples de seis criterios interrelacionados (Navarro, 2008).

Tabla 1. Criterios de salud mental positiva de Johada

<i>Criterios</i>	<i>Concepto</i>	<i>Subfactores</i>
Actitudes hacia sí mismo	Este criterio alude a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto, destacando la importancia de la autopercepción, autoconfianza y la autodependencia	Autoconocimiento: la persona sana reconoce sus valores, deseos, sentimientos. Concordancia entre el Yo real-*Yo ideal: la persona mentalmente sana debe partir del Yo real y mantener un ideal que, sin alejarse de la realidad objetiva, guíe y estimule el crecimiento personal. Autoestima: la salud mental implica una aceptación global del sí mismo, con todos los defectos y deficiencias personales. Sentido de identidad: la persona sana conoce quién es y no tiene dudas acerca de su propia identidad.
Crecimiento y Autoactualización	Este criterio está relacionado con el significado de la vida; es decir, al hecho de estar motivado no sólo por cubrir las necesidades básicas, sino por tener una dirección de crecimiento y desarrollo hacia metas superiores, proyectos a largo plazo e ideales de vida.	La motivación por la vida: tiene una orientación positiva y optimista hacia el futuro y, además, posee ideales, metas, aspiraciones y deseos de superación. La implicación en la vida: la persona participa activamente en las diferentes actividades de la vida, por ejemplo, en el trabajo, en el tiempo libre, en las relaciones con los demás.

<p>Integración/ Autocontrol</p>	<p>Implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona.</p>	<p>Equilibrio psíquico: mediatizado por la flexibilidad, que modula la interrelación entre las diferentes instancias. Filosofía personal sobre la vida: guía y da significado al propio comportamiento y al crecimiento personal. Resistencia al estrés: es el prototipo individual de respuesta ante la ansiedad, con el empleo de estrategias de afrontamiento y la capacidad para mantener un nivel de integración ante situaciones de presión.</p>
<p>Autonomía</p>	<p>Refiere a la relación de la persona con el mundo (con el ambiente) y el término es sinónimo de independencia y autodeterminación.</p>	<p>Autorregulación: mediante la autonomía en la cual la persona autodirige sus acciones y por la independencia y la confianza en sí mismo. Conducta independiente: para mantener un comportamiento relativamente estable en medio de circunstancias que podrían conducir a otras personas al desequilibrio emocional.</p>
<p>Percepción de la realidad/Resolución de problemas y autorrealización</p>	<p>Implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad, no totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente.</p>	<p>Percepción objetiva: se relaciona con la adaptación a la realidad, puesto que la adaptación se basa en la percepción correcta del ambiente. Empatía o sensibilidad social: la percepción de uno mismo se aborda dentro del autoconcepto, y la percepción de los sentimientos y de las actitudes de los otros configura un criterio independiente.</p>
<p>Dominio del entorno/Habilidades de relaciones interpersonales</p>	<p>Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso).</p>	<p>Satisfacción sexual. Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre. Adecuación en las relaciones interpersonales. Habilidad para satisfacer las demandas del entorno. Adaptación y ajuste. Resolución de problemas.</p>

FUENTE: Elaboración propia, con base en Jahoda, 1958 (cit. en Navarro, 2008).

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La definición de los conceptos de promoción y prevención es compleja y los límites no quedan claros: ¿dónde termina la prevención y empieza la promoción? Desde una perspectiva comunitaria, casi todos los tipos de intervención son prevención primaria, secundaria, terciaria y hasta cuaternaria. Incluso, al considerar la teoría y práctica de la prevención, parece cada vez más confuso por la noción de riesgo o el formular los tipos de prevención (Fernández-Ríos y Cornes, 1997).

La mayoría de los autores engloba la promoción dentro del concepto de prevención primaria, donde las acciones promueven la salud mental y tratan de reducir la frecuencia de trastornos en la población, actuando anticipadamente sobre las causas y circunstancias que producen o favorecen dichos trastornos (Lluch, 1999). Sin embargo, integrar ambos términos en un macroconcepto puede fomentar una confusión conceptual.

De manera complementaria, las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud mental deben potenciar las capacidades positivas del ser humano. Para ello, se puede emplear la educación para la salud positiva, transmitiendo conocimientos razonados que permitan a las personas adoptar comportamientos y actitudes saludables por propio convencimiento, además de entrenar habilidades personales específicas. En este sentido, es necesario focalizar la atención en un modelo de promoción que fomente la salud mental positiva y el bienestar (Lluch, 1999).

SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES EN PERÚ

En Lima, una de cada 10 personas tiene algún trastorno psiquiátrico diagnosticable con atención médica, aunque más de 50% de estas personas no reconoce sus problemas de salud mental, en particular, las personas con trastornos de ansiedad, por lo cual la mayoría de los pacientes no acude a centros especializados, sino a centros de salud u hospitales generales, debido a un significativo prejuicio en torno al tratamiento (Saavedra, 2004).

En el estudio de Anicama, Cirilo, Aguirre, Briceño y Ambrosio (2015), en una muestra de 250 estudiantes de psicología de una universidad pública de Lima, se encontró que la salud mental positiva es diferente en la edad y los años de estudio y se relaciona de manera significativa con la satisfacción personal ($p < 0.001$), autocontrol ($p < 0.001$) y autonomía ($p < 0.001$). De igual modo, Perales, Sogi y Morales (2003) realizaron un estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas para describir y comparar el estado de salud mental en estudiantes de medicina; 1 115 matriculados en 1997 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y 508 matriculados en 1998 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. Se utilizó la encuesta de salud mental abreviada, autoadministrada. Los resultados evidenciaron problemas de salud mental en estudiantes de ambas universidades con altos niveles de estrés, prevalencia de vida de uso/abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disociales y violentas. En ambos estudios existen problemas de salud mental en los estudiantes, lo que ocasiona la deserción académica, por lo que el desarrollo de programas preventivos puede ser de gran apoyo en el desarrollo personal y profesional del estudiantado.

SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES EN LATINOAMÉRICA

En Colombia, Navarro (2008) analizó las características de salud mental positiva en estudiantes universitarios de la Universidad Libre, de Barranquilla, en una muestra de 272 estudiantes de medicina. El instrumento empleado fue la Escala de Salud Mental de Jahoda, adaptada por Lluch. Sus resultados indicaron que los estudiantes presentan indicadores de salud mental positiva, con fuerte presencia de los factores “autocontrol” y “habilidades de relaciones personales”, lo cual sugiere generar estrategias que refuercen la salud mental positiva. Los hombres poseen mayor fortaleza en los factores directamente relacionados con el ámbito social y con el logro de objetivos comunes: actitud prosocial y habilidades de relación interpersonal; mientras que las mujeres presentan mayores fortalezas en los criterios

relacionados con el logro de objetivos individuales: satisfacción personal, autocontrol, autonomía y resolución de conflictos. En el estudio de Medina, Irija, Martínez y Cardona (2012) en una muestra de 78 estudiantes de psicología entre 16 y 23 años, se encontraron indicadores significativos de salud mental positiva en 91% de los participantes. Eso demuestra fuertes habilidades en factores como la satisfacción personal, actitud prosocial, autonomía, resolución de problemas, autoactualización y capacidad de relación interpersonal; sin embargo, se encontró el puntaje bajo hallado en la subescala de autocontrol, criterio relacionado con el equilibrio emocional. El “auto” también sugiere fomentar el desarrollo de programas de promoción y prevención en esta población que a diario se enfrenta a situaciones estresantes.

Savigne, Rodríguez, Savigne y Savigne (2004) realizaron una investigación para conocer la salud mental para el proceso educativo con adolescentes de las Ciencias Médicas en el Instituto de Ciencias Médicas, de Santiago de Cuba, en una muestra de 132 participantes, con la prueba de salud mental. Como resultado, se determinó necesario explorar la subjetividad de los estudiantes con mayor porcentaje de algún trastorno que afecta su equilibrio emocional. Los más frecuentes fueron los relacionados con la planificación en tiempo y la actividad y las deficiencias con el equilibrio emocional, sobre todo, a partir de los índices de ansiedad. Es evidente la necesidad de incorporar aspectos psicológicos de la esfera afectivo-motivacional y comunicacional en la labor formativa de los profesores, estudiantes y organizaciones que protagonizan este proceso.

En México, Salgado, Díaz y Gonzales (2003) desarrollaron un estudio para identificar las conductas de utilización de servicios para resolver problemas de salud mental en pobladores de localidades rurales y proponer un modelo de integración para mejorar la calidad y el acceso a estos servicios en una muestra de 28 participantes. El resultado evidenció que el padecimiento mental es de 25% y la pérdida de años de vida saludable es de 9%; sin embargo, es una variable poco utilizada para definir las condiciones generales de salud de la población. En consecuencia, el modelo propone identificar, valorar, utilizar e integrar los recursos personales y comunitarios ya presentes en el individuo y en las localidades, con el ob-

jetivo de mejorar el acceso y la calidad de los servicios especializados en salud mental, el cual requiere, para su implementación, cambios radicales en la estructura de los sistemas de atención a la salud que prevalecen en México, sobre todo, en el medio rural.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Después de analizar la importancia de la salud mental en estudiantes y la poca evidencia de su aplicación y propuestas de programas preventivos, el problema de investigación que se plantea es ¿cuáles son las características de la salud mental positiva que tienen los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro de Chimbote?

Método

DISEÑO

Tipo no experimental, descriptivo, al caracterizar a una variable sometida a un análisis exhaustivo, que develó todas las características de esa población objetivo respecto de dicha variable (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), y de corte transversal, al analizar los datos de sólo un año (Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, 2007).

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo definida como el universo conformado por todos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro, Chimbote, matriculados durante el semestre académico 2011-I. Los criterios de inclusión consideraron: *a*) pertenecer a cualquier sexo, *b*) pertenecer a alguna de las siguientes escuelas: Enfermería, Obstetricia, Psicología o Tecnología Médica, *c*) tener una edad igual o mayor a los 17 años. El único criterio de exclusión fue no ser “voluntario” para participar en la evaluación requerida del estudio (ficha de salud mental positiva). La población fue de 683 alumnos matriculados ($N = 683$).

Para determinar el tamaño de la muestra, se realizó un muestreo probabilístico, conocido como muestreo sistemático, con un valor de prevalencia de 0.5 (no conocida), una potencia de prueba de 80% y un nivel deseado de confianza de 95%. Con estas condiciones, el tamaño de muestra se constituyó con 220 estudiantes.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Escala de Salud Mental Positiva de Lluch. La técnica de recolección de datos empleada fue la de Lluch (1999), previamente reestandarizada para garantizar su validez y confiabilidad en la población objetivo.

b) Características de la escala de salud mental positiva. Ésta es una escala de sujeto, en forma de autorreporte con frases incompletas en formato Likert, construida y validada en España (Lluch, 1999) para aplicación individual o colectiva. Fue diseñada con el propósito de obtener una medición de la salud mental positiva desde la perspectiva de Jahoda (Lluch, 1999). Está compuesta por 39 reactivos, los cuales hacen una estructura de seis factores: satisfacción personal (8 ítems), actitud prosocial (5 ítems), autocontrol (5 ítems), autonomía (5 ítems), resolución de problemas y actualización (9 ítems) y habilidades de relación interpersonal (7 ítems). Dichos factores son congruentes en contenido con el modelo de Jahoda (1958) y permiten una medición conjunta de lo que se ha definido como *salud mental positiva*.

c) Validez y confiabilidad de la escala (Perú). La validez interna y confiabilidad alcanzada en el estudio piloto, detallada en la sección de Procedimiento, confirma los resultados de la estandarización de Lluch (1999) para el contexto local, sobre todo, en los que refieren a la validez de constructo (coherencia en el análisis convencional de validez interna intrafactores). La validez interna de la escala general es moderada, con índices ítem-total nunca menores a 0.1 ni mayores a 0.7, lo que se mantiene en las escalas con mayor confiabilidad y disminuye un poco en las de menor confiabilidad. La confiabilidad

de la escala general es buena ($\alpha = 0.88$), aunque a nivel de algunos factores puede disminuir notablemente (F1: $\alpha = 0.78$, F2: $\alpha = 0.41$, F3: $\alpha = 0.70$, F4: $\alpha = 0.49$, F5: $\alpha = 0.74$, F6: $\alpha = 0.59$).

Procedimiento

APLICACIÓN AL GRUPO PILOTO

Para confirmar la validez y confiabilidad de la escala en el contexto cultural-local y sintetizar los baremos correspondientes, se realizó un estudio piloto con 66 estudiantes, con características similares a las de la población objetivo. A partir de la recolección del estudio piloto, se realizaron las estimaciones de la validez interna de la escala, mediante el procedimiento convencional ítem-ítem e ítem-test corregido y de la confiabilidad, a través del α de Cronbach. El baremo final se sintetizó en función a percentiles.

TRABAJO DE CAMPO

- Se inició con la reestandarización del instrumento a utilizar, para la recolección de datos, esto es, la escala de salud mental positiva.
- Se coordinó con las autoridades de la institución, para la realización de la recolección de datos, la selección y ubicación físico-temporal de la muestra, en cuanto a ambientes para la evaluación y horarios disponibles.
- Capacitación de los evaluadores en el manejo de la escala de salud mental positiva, para su adecuada aplicación.
- Recolección de datos por medio de la escala de salud mental positiva a los alumnos de la muestra.

ANÁLISIS DE DATOS

- Corrección y calificación de la escala de salud mental positiva, en forma manual.
- Elaboración de la matriz de datos, basada en los datos recolectados

con la escala de salud mental positiva, para su ulterior procesamiento mediante software estadístico.

- Procesamiento de los datos mediante el programa SPSS v13.0.
- Análisis de los resultados, elaboración de las discusiones, conclusiones y recomendaciones.
- Para el análisis de datos, se ha recurrido a la estadística descriptiva.

RESULTADOS

La salud mental positiva en los estudiantes de Ciencias de la Salud, de la Universidad San Pedro de Chimbote ha marcado diferencias entre hombres y mujeres. En general, es posible detectar una tendencia mayor de las mujeres frente a los hombres, en cuanto al nivel bajo de salud mental positiva. Al considerar la edad, es posible detectar una tendencia mayor del grupo de 17 a 18 años y de 19 a 20 años, en cuanto al nivel bajo de salud mental positiva. En todo caso, los resultados sugieren una preocupación más urgente por los grupos de 17 a 18, 19 a 20 y 21 a 23 años; es decir, los más jóvenes de la población, pues en ellos está latente un mayor riesgo. En cuanto al rubro escuela profesional, ninguna tiene una mayor prevalencia de “no-salud”, por lo que ninguna de ellas debe ser prioritaria frente a la otra en cuanto a la intervención.

En el plano muestral, los niveles (categorías) de la salud mental positiva se distribuyeron de la siguiente manera: baja (40.45%), media (28.28%), alta (15%), muy baja (9.55%) y muy alta (6.82%). En este sentido, se ha podido advertir la necesidad urgente de un abordaje directo a la situación, pues estos niveles de prevalencia se consideran muy bajos para una población normal de universitarios, quienes necesitan contar con un óptimo equilibrio psicológico durante el desarrollo de su vida académica y personal.

Los niveles de satisfacción personal encontrados fueron los siguientes: media (31.82%), alta (30.45%), baja (15.91%), muy alta (11.82%) y muy baja (10%). Tales resultados indican un riesgo menor para este factor. Entonces, 58% de los estudiantes de la población tiene buenas actitudes

hacia sí mismos, las que se describen con términos como autoaceptación, autoconfianza o autodependencia.

Los niveles de actitud prosocial encontrados fueron los siguientes: media (39.55%), baja (37.27%), muy baja (16.36%) y alta (6.82%). En la población objetivo, la actitud prosocial apropiada oscila entre 20.76% y 32.44%. Estos resultados indican un riesgo mayor para dicho factor, lo que representa una alerta directa para la prevención. Así, alrededor de 75% de los estudiantes carece de recursos prosociales suficientes, cuya ausencia deteriora sus posibilidades de creación de redes sociales de apoyo, en especial, aquellas que proporcionan soporte frente a episodios emocionales complejos.

Los niveles de autocontrol encontrados fueron éstos: alta (32.27%), baja (27.27%), media (21.36%), muy alta (12.37%) y muy baja (6.82%). En la población objetivo, el autocontrol apropiado oscila entre 48.65% y 61.79%. Se trata de características presentes en grado suficiente en alrededor de 50% de los estudiantes de la población. Los resultados indican un riesgo menor en este factor, en comparación con los otros factores estudiados.

Los niveles de autonomía encontrados fueron como sigue: media (39.09%), baja (31.36%), alta (22.27%), muy alta (4.09%) y muy baja (3.18%). En la población objetivo, la autonomía apropiada oscila entre 39.32% y 52.50%. Los resultados indican un riesgo moderado en este factor, en comparación con otros factores estudiados. De tal forma que 45% de los alumnos tendría una pobre autorregulación y una conducta dependiente, lo que disminuiría, a su vez, su capacidad para afrontar situaciones difíciles por sí mismos y de mantener relaciones con independencia equilibrada.

Los niveles de resolución de problemas y autoactualización encontrados fueron los siguientes: muy baja (30.91%), baja (26.82%), media (21.82%), alta (15.91%) y muy alta (4.95%). En la población objetivo, la resolución de problemas y autoactualización apropiados oscila entre 25.24% y 37.50%. Son resultados que indican un riesgo alto en este factor, de hecho, el más alto entre todos los factores estudiados. Al respecto, es importante resaltar que la autoactualización se relaciona con la motiva-

ción por la vida y, en general, con el despliegue adaptativo en diferentes actividades del quehacer cotidiano: trabajo, estudio, hogar, entre otros. Por su parte, la resolución de problemas refiere tanto al procedimiento como al resultado en la solución de los problemas. Si los estudiantes mantienen debilidades en ambas esferas, es casi inevitable que su ritmo académico se vea seriamente perturbado por situaciones externas sobre las que no se llega a establecer un dominio.

Los niveles de habilidades de relación interpersonal encontrados fueron como sigue: media (34.09%), baja (29.09%), alta (17.73%), muy baja (15.45%) y muy alta (3.64%). En la población objetivo, las habilidades de relación interpersonal apropiadas oscilan entre 31.99% y 44.85%. Estos resultados indican un riesgo alto en el factor. Lo anterior significa que alrededor de 61% de los estudiantes de la población tiene problemas con su adaptación y ajuste social, tienen poca habilidad para satisfacer las demandas de su entorno, un precario manejo del trabajo y el tiempo libre y, en general, un escaso dominio del entorno; además, carecen de una oportuna adecuación en las relaciones interpersonales y en el amor.

La naturaleza del análisis diagnóstico desprendido proporciona información precisa y consistente para desarrollar una propuesta de programa de salud mental positiva para los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro de Chimbote (anexo 1), en función de las necesidades y prioridades detectadas durante este estudio, lo que ofrece al programa una base sólida de atención a una realidad local y actual. Sin embargo, puesto que estas acciones corresponden a una etapa de “diseño”, queda pendiente su validación, ejecución y evaluación, para cerrar el ciclo de esta propuesta y materializar su utilidad real.

Anexo 1. Modelo de Programa de Salud Mental Positiva

<i>Programa de salud mental positiva para estudiantes universitarios</i>		
DATOS INFORMATIVOS	Denominación	Fortaleciendo la salud mental positiva de los estudiantes universitarios
	Institución ejecutora	Universidad San Pedro, Chimbote, Perú
	Responsables	Manuel Concha Huarcaya y Leonardo Fuerte Montaño
	Equipo colaborador	Docentes tutores de la Escuela de Psicología y directores de escuelas de la Facultad de Ciencias de la Salud
	Beneficiarios	Estudiantes de las escuelas de Psicología; Enfermería; Tecnología Médica, y Obstetricia
	Duración	Dos meses
	Número de sesiones	Ocho
FUNDAMENTACIÓN	<p>Las relaciones interpersonales y sociales que desarrollan los individuos determina en gran medida el éxito o el fracaso de nuestro actuar y, por ende, la felicidad o la infelicidad. No se puede escapar de los efectos de las relaciones y presiones sociales del entorno, ya sea en el ámbito familiar, laboral y en toda interacción humana. Por lo tanto, un bajo nivel de competencias en las relaciones con los demás puede llevarnos al fracaso con consecuencias negativas para el desarrollo personal y de salud mental. Entonces, al tener conocimiento de estos aspectos, es útil considerar que muchos problemas psicológicos, educativos y sociales pueden prevenirse, revertirse y superarse gracias a una salud mental positiva; por ello, resultará pertinente el entrenamiento en las habilidades y competencias personales por medio de un programa de salud mental positiva en los estudiantes universitarios de ciencias de la salud en una universidad privada de Chimbote.</p>	
	<p>En efecto, el trabajo de salud mental positiva destaca la necesidad de superar los conceptos de salud mental focalizados en la prevención o el tratamiento para avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo. Por ello, podremos considerar como indicador de salud mental positiva la capacidad de la persona para percibirse a sí misma (para definirse) de un modo que corresponda o se ajuste a la realidad y que, además, refleje la autoaceptación sin miedo ni temor a ser lo que es. Es decir, esta dimensión implica la autoaceptación, necesaria tanto para equilibrar los deseos (lo que nos gustaría ser) como para superar los temores de ser de un modo y no de otro.</p>	

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	Objetivo general	Fortalecer la Salud Mental Positiva de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro, por medio de la capacitación en temas educativos-formativos de desarrollo personal y social.
	Objetivos específicos	<p>Fortalecer las competencias de satisfacción personal con estrategias coherentes con su problemática de vida.</p> <p>Elevar su nivel de motivación y su implicancia en los problemas sociales en su contexto.</p> <p>Lograr un adecuado equilibrio psicológico que les permita una mayor resistencia a las situaciones de estrés.</p> <p>Desarrollar una eficiente autorregulación mediante conductas autónomas que les posibiliten resolver situaciones personales.</p> <p>Analizar las diversas situaciones de la vida, a efecto de orientar correctamente la toma de discusiones para un adecuado crecimiento y desarrollo personal continuo.</p> <p>Orientar sus relaciones interpersonales hacia un manejo equilibrado, en función de adecuados niveles de empatía.</p>
ACTIVIDADES: TEMAS Y SESIONES DEL PROGRAMA	Las actividades del programa de Salud Mental Positiva se desarrollarán en sesiones de capacitación en la modalidad de talleres, con una metodología activa y participativa.	<p>Temas a desarrollar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud mental positiva: Importancia y trascendencia en el desarrollo humano. 2. Conociendo formas y estrategias para la satisfacción personal. 3. Estrategias para desarrollar actitudes y comportamientos prosociales. 4. Fortalecimiento de las habilidades de integración personal y social. 5. La autonomía personal y la salud mental positiva. 6. Estrategias de resolución de problemas y conflictos interpersonales y sociales. 7. Importancia y trascendencia de la autoactualización personal. 8. Las habilidades de relación interpersonal y la toma de decisiones.

<p>ESTRATEGIAS PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA</p>	<p>a) Coordinaciones con las autoridades responsables de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud para que brinden las facilidades del caso para el desarrollo del programa con los estudiantes. b) El material a utilizarse en cada actividad o sesión de capacitación se preparará con anticipación. c) Se explicará detalladamente la importancia de la participación activa de los estudiantes y se tratará de motivarlos adecuadamente para su desempeño en las diferentes actividades y sesiones de capacitación. d) Se administrará una prueba de entrada sobre salud mental positiva a los participantes y se evaluará cada una de las sesiones desarrolladas e) Se controlará la asistencia de los participantes en cada sesión de trabajo para el otorgamiento de una certificación al final del programa. f) Se utilizarán recursos y estrategias metodológicas adecuadas en la modalidad de talleres para obtener el máximo provecho de las sesiones de enseñanza-aprendizaje.</p>	
<p>METODOLOGÍA</p>	<p>Metodología activa y participativa, reflexiva y analítica</p>	<p>Se emplearán trabajos individuales y grupales, exposición de videos muestras, lluvia de ideas, exposiciones/diálogo, plenarias, etcétera.</p>
<p>RECURSOS</p>	<p>Recursos Humanos</p>	<p>Responsables del programa, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y Directores de escuelas profesionales.</p>
	<p>Recursos materiales e infraestructura</p>	<p>Se emplearán plumones, papelotes, cinta <i>masking</i>, equipo multimedia, discos compactos, fotocopia, separatas, cartulina de colores, etcétera.</p>
	<p>Recursos financieros</p>	<p>Recursos de la Facultad de Ciencias de la Salud y de personas e instituciones auspiciadoras.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>a) Evaluación de entrada previa a la aplicación del <i>Programa de Salud Mental Positiva</i>. b) Evaluación de proceso, durante el desarrollo del programa, de manera participativa y grupal; para esto, se tendrán en cuenta los aprendizajes adquiridos y los sentimientos sobre la experiencia después de cada sesión de trabajo. c) Concluidas las 8 sesiones, se procederá a aplicar la misma escala de salud mental positiva en la modalidad de postest y se observarán los resultados del programa “Fortaleciendo la salud mental positiva de los estudiantes universitarios”. d) Finalmente, se realizará una evaluación cualitativa participativa con los estudiantes beneficiarios y con el personal del equipo responsable de la ejecución del programa.</p>	

CRONOGRAMA	Contempla las actividades, los temas, las fechas y los responsables.
------------	--

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Perú, durante el periodo 2007-2010, la salud mental se ha incrementado 70% aproximadamente, considerando los casos de trastornos de salud mental, como ansiedad y depresión, abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual (Vargas, 2011). Estos trastornos son problemas serios de salud pública, pues más de un tercio de las poblaciones adultas estudiado ha padecido algún trastorno psiquiátrico alguna vez en su vida (Saavedra, 2004). Para Perales, Sogi y Morales (2003), los problemas de salud mental entre universitarios son más específicos: altos niveles de estrés, prevalencia de uso/abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disociales y violentas y hábitos de vida afectados por las exigencias de los estudios (médicos).

Savigne *et al.* (2004) mencionan que la mayor parte de las afecciones de la salud mental en adolescentes se relaciona con la planificación del tiempo y las deficiencias con el equilibrio emocional, sobre todo a partir de los índices de ansiedad. Esto sería coherente con los hallazgos del presente estudio, toda vez que la “resolución de problemas y autoactualización” se ha presentado en más de 55% en niveles bajo y muy bajo. Un riesgo alto en esta área repercute en contextos familiares y sociales (Lluch, 1999). Sin embargo, la resolución de problemas, como componente de la salud mental positiva, no es una habilidad que se desarrolle en espacios académicos. Esto supone una necesidad aún mayor de la institución universitaria respecto del desarrollo y aplicación de programas de prevención-intervención, al considerar que el manejo pobre de los problemas cotidianos puede repercutir de manera directa en la ansiedad del joven, e indirecta en su planificación del tiempo.

Los resultados de Claro y Bedregal (2003) sugieren la necesidad de incluir al profesorado en cualquier programa de intervención o prevención,

no sólo como facilitadores, sino como beneficiarios. Consideran, además, la necesidad del profesor como “modelo”, frente a las características de baja y muy baja actitud prosocial de los jóvenes en el presente estudio, la que se ha presentado en más de 53% en niveles bajo y muy bajo. Tomando en cuenta el sentido de la actitud prosocial (Jahoda, 1958 y Lluch, 1999), es importante resaltar que el riesgo alto en esta característica de la salud mental no afectaría sólo a los alumnos como individuos, sino también a la comunidad universitaria como un universo psicosocial. Una dinámica positiva de las relaciones sociales, como conducta, tiene como prerequisite una actitud prosocial apropiada. Esta realidad de salud mental negativa, en torno a la depresión y a la ansiedad, tiene un sustrato antecedente en la salud mental positiva no estimulada oportunamente. Por ejemplo, los resultados del presente estudio revelan una satisfacción personal baja o muy baja en más de 25%, y eso la convierte en un factor de alto riesgo. Este escaso soporte de satisfacción personal es un vector ideal por donde pueden desplazarse eventuales episodios depresivos. Desde el punto de vista teórico (Lluch, 1999), estos niveles de satisfacción personal en los estudiantes son un reflejo de una autoimagen positiva; lo mismo ocurre con la confianza y la elevada valoración de sí mismos.

De forma similar, los niveles bajos de autocontrol —en más de 30%— y de actitud prosocial —en más de 50%— perjudican el tejido natural de las redes de apoyo social, lo que dificulta aún más el panorama de aquellos jóvenes con elevada ansiedad o rasgo de depresión. Ahora bien, tal como lo hace la actitud prosocial, el autocontrol se constituye como una necesidad, si se pretende un ambiente social saludable (Lluch, 1999). Se requiere integración no sólo para el equilibrio social en el manejo de las relaciones con los compañeros o docentes, sino también para el trabajo académico; en especial, si consideramos que en nuestra universidad la metodología educativa tiene claros componentes de apoyo social (andamiaje vigotskyano). En el estudio de Medina, Irira, Martínez y Cardona (2012), 99.2% de estudiantes presentaron los niveles más bajos de autocontrol con una relación directa con la edad.

Considerando que la prevalencia del nivel de salud mental positiva es baja entre las distintas escuelas profesionales, es viable suponer cierto grado de “validez ecológica” en los resultados interuniversitarios nacionales, y vincular, en un nivel fenoménico, los bajos niveles de salud mental positiva con los diferentes problemas advertidos por Perales, Sogi y Morales (2003). De forma complementaria, ellos también reconocen el beneficio “al establecer programas de intervención orientados al manejo preventivo”, una orientación que se ha asumido en este trabajo. Es un resultado preocupante, toda vez que más de la mitad de los estudiantes mantienen condiciones psicológicas de riesgo latente que, o bien pueden agravarse, o bien pueden interferir en su vida académica, familiar y amistosa.

Desde el punto de vista teórico (de la psicología del desarrollo), es factible suponer que el rango de edad con mayores riesgos de desadaptación (alusivos a la salud mental positiva) son los cercanos a la adolescencia. Los resultados sugieren una preocupación más urgente por los grupos de 19 a 20 años, pues en ellos está latente un mayor riesgo, en tanto que presentan el nivel bajo en más de 35%. Los esfuerzos por adaptarse a una nueva realidad social y académica, las nuevas responsabilidades de una vida universitaria, los nuevos vínculos personales y afectivos, las nuevas expectativas o presiones parentales, son todos ingredientes de una receta para sintetizar un potencial nuevo ritmo de vida estresante que cada nuevo estudiante universitario tiene que ajustar. De igual modo, la prevalencia del nivel bajo en el grupo femenino tiene una prioridad de intervención, toda vez que su tendencia de riesgo es mayor.

La propia experiencia de la evaluación de la salud mental positiva desplegada en este estudio y el reconocimiento de las necesidades reales de la población reafirman la utilidad práctica del modelo de Jahoda (1958) y su importancia teórica como contraste del tradicional enfoque de salud mental “psicopatológica”. Es claro que la dimensión de *normalidad* en el enfoque de Jahoda abre un abanico más amplio desde el punto de vista humanístico, porque permite desarrollar la psicología preventiva y de promoción desde sólidos conceptos holísticos que dan cuenta de la faceta más natural y habitual de la psicología del estudiante. Respecto del

modelo de Jahoda (1958), es necesario realizar algunas aclaraciones. Por una parte, según Mesa (1986), Ramshorn (1983), Rigol y Garriga (1991), Seva (1983), Scharfetter (1977) y Vallejo (1998), todos citados por Lluich (1991), el criterio estadístico presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente (prevalencia); que la salud mental es aquella forma de ser, estar y sentir de la mayoría de las personas. Aunque el modelo de Jahoda (1958) es, en sí mismo, un modelo de psicología “normal”, de psicología “positiva”, en oposición a la psicología “anormal” o “psicopatología”, lo que implica que, a pesar de las prevalencias del nivel “insuficiente o inapropiado” de la “salud mental positiva” o de sus dimensiones-factores, los estudiantes no están psicológicamente “enfermos” o “no sanos”. Esta condición sólo significa que sus niveles de salud mental positiva pueden ser optimizados, con propósitos fundamentalmente adaptativos, del tipo preventivo y promocional. En fin, asumir una postura diferente sería una incongruencia con el modelo teórico jahodiano.

Ante la problemática, existe una ausencia de programas académicos relacionados con los temas de salud mental positiva, a pesar de que se ha relacionado con una de las causas del rendimiento académico del estudiante. En efecto, el estudio presenta una propuesta, el Programa de Salud Mental Positiva, como una alternativa técnica que aborda la problemática detectada en nuestro estudio. Además, por la naturaleza de las profesiones de las ciencias de la salud, esta problemática debe abordarse de manera inmediata, porque una inadecuada satisfacción personal puede desarrollar altos niveles de frustración e impulsar conductas agresivas en los seres humanos, lo que traería como consecuencia un deficiente servicio de salud si los futuros profesionales no tienen una actitud prosocial adecuada, base de la vocación de nuestras profesiones; de hecho, esto último redundaría en la salud de nuestros pacientes, y anularía la justificación del programa propuesto con la dificultad orientada a la capacidad para poder establecer adecuadas relaciones sociales, especialmente las interpersonales. Estos factores se tornan en problemas de mucha preocupación, dado que no podría establecerse una eficiente relación empática en los servicios de salud donde nos tocaría laborar.

En efecto, la puesta en marcha de un programa de salud mental positiva por medio de la tutoría y la orientación universitaria permitirá reducir los índices de problemas emocionales y psicosociales y las consecuencias colaterales que afecten su formación como estudiante y persona. Así lo señalan los estándares para la acreditación de las carreras profesionales universitarias de Ciencias de la Salud, propuestos por el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la educación superior universitaria (Coneau, 2008), en la II dimensión: Servicios de apoyo para la formación profesional, factor 5, Docentes y criterio; 5.1, Labor de enseñanza y tutoría, estándar número 67, según el cual la Unidad Académica (facultad o escuela) cuenta con un sistema implementado de tutoría.

REFERENCIAS

- Anicama, J.; Cirilo, I.; Aguirre, M.; Briceño, R., y Ambrosio, T. (2015). Autoeficiencia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Journal of Psychologist*, 14 (2), 12-31.
- Claro, S. y Bedregal, P. (2003). Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 escuelas de Puente Alto, Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 131 (2).
- Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (Coneau) (2008). *Estándares para la Acreditación de las Carreras Profesionales Universitarias*. Perú. Recuperado de: http://www.coneau.gob.pe/component/docman/cat_view/7-direccion-de-evaluacion-y-acreditacion-dea/76-estandares/103-pregrado/107-estandares.html?Itemid=
- Fernández-Ríos, L. y Cornes, J. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T. J. Carrasco (eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, 39-57.
- Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Jahoda, M. (1958), *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- López, R., *et al.* (2003), *Salud Mental*. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos19/salud-mental/salud-mental.shtml>
- Lluch, M. (1999). Construcción de una Escala para evaluar la Salud Mental Positiva. Tesis en opción al grado de Doctora en *Evaluación y Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Medina, O.; Irija, M.; Martínez, G., y Cardona, D. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 36, 247-261.
- Ministerio de Salud (2001). Lineamientos de política para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental. *Subprograma de Salud Mental*. Perú.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2010). Resumen estadístico de personas afectadas por violencia familiar y sexual atendidas por el CEM. *Boletines y resúmenes estadísticos*. Lima.
- Navarro, G. (2008). *Características de Salud Mental Positiva en estudiantes universitarios*. Tesis de maestría. Barranquilla. Recuperado de: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/684/1/37331533.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental; conceptos, evidencia emergente, práctica: un informe compendiado*. Ginebra.
- Perales, A.; Sogi, C., y Morales, R. (2003). *Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. Anales de la Facultad de Medicina*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 239-246.
- Saavedra, J. (2004). *Situación actual de la salud mental en el Perú*. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/INSMHDHN/situacionsm.htm>
- Salgado, N.; Díaz, M. J. y Gonzales, T. (2003). “Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México”, *Salud Pública de México*. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6430/7816>

- Savigne, A.; Rodríguez, M.; Savigne, G., y Savigne, C. (2004). *Utilidad de la prueba de salud mental para el proceso educativo con adolescentes de las Ciencias Médicas*. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos20/prueba-salud-mental/prueba-salud-mental.shtml>
- Shaughnessy, J.; Zechmeister, E., y Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. México: McGraw-Hill.
- Vargas, L. M. (2011). *Estrategia sanitaria de salud mental y una cultura de paz*. Lima: Minsa.
- Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.