



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL POSITIVA EN ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERÍA ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Disorionaria Soares De Cavalho

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Efectividad de un programa de Promoción y Prevención en Salud Mental Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería Análisis Cuantitativo y Cualitativo

Disorionária (Nária) Soares de Carvalho



**TESI DOCTORAL
2018**

Disorionária (Nária)
Soares de Carvalho

Efectividad de un programa de Promoción y Prevención en Salud Mental
Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería

Análisis Cuantitativo y Cualitativo

Tesis Doctoral

Dirección

Dra. Carme Ferré-Grau

Dra. M. Teresa Lluch-Canut

Departamento de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Campus Catalunya

Tarragona

2018



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: adirelem@urv.cat

La Dra. Carme Ferré Grau y la Dra. Ma. Teresa LLuch Canut, Profesoras de la
Universitat Rovira i Virgili y de la Universitat de Barcelona

CERTIFICAN:

Que este Trabajo de investigación titulado: *Efectividad de un programa de promoción y
Prevención de la Salud Mental Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería*, que
presenta la Sra. *Disorionária Soares de Carvalho* para la obtención del título de Doctor
ha sido realizada bajo nuestra dirección y cumple los requerimientos necesarios para
su presentación y defensa pública.

Tarragona, 13 de noviembre 2017

Dedico esta tesis a las personas que me impulsaron a continuar mis proyectos de vida.

A Valentina, que me llevó a un aprendizaje significativo sobre las fortalezas humanas, principalmente la trascendencia. Además de promover en mí la capacidad de afrontamiento adaptativo para esta nueva etapa evolutiva.

A Javier, que me fortaleció en el valor del otro en la vida de uno, juntos somos más fuertes.

Agradecimientos.

Quiero expresar mis sinceros agradecimientos a varias personas, que en diferentes etapas de mi vida han colaborado para que fuera desarrollando y potenciando mis capacidades y fortalezas humanas.

Quiero agradecerle a mi abuela Maria, que me haya enseñado la determinación y coraje, y que nunca es tarde para nada. Ella, que después de 60 años siendo analfabeta, ha conseguido a los 70 terminar el bachillerato y a los 75 entrar en la universidad.

A mi madre, que se fue muy joven para mi edad, pero que me enseñó mucho en liderazgo, en gratitud y en optimismo.

A mis tíos, Adelina, Vitalino, Odite, Acilon y Adson, por habernos enseñado a mí y a mis hermanos el valor de la relación interpersonal, empezando por la familia, que nos ha servido de apoyo y recursos en momentos de vulnerabilidad.

A mis hermanos, por haberme ayudado a trabajar mi inteligencia social y el perdón. A mis sobrinos, por continuar fomentado y promoviendo en la familia las fortalezas humanas.

A mis profesores durante el período formativo en la Universidad de Lleida, que me reforzaron la humanidad, haciéndome más accesible el camino de adaptación en la universidad y tuvieron en cuenta mis circunstancias.

A mis tutoras, la Dra. Carmen Ferré, por haber actuado con humanidad, templanza y optimismo conmigo, no permitiéndome desistir y manteniendo mi visión del futuro con optimismo. A la Dra. M. Teresa Lluch-Canut, por su templanza, amabilidad, optimismo y vitalidad, siempre dispuesta a volver a empezar. A las dos les pido disculpas si, en este tiempo que estuvimos trabajando juntas, les he podido poner a prueba su Salud Mental Positiva.

A los que colaboraron de manera altruista, por fe en la investigación en Enfermería: a la Sra. Ana Palomino por enseñarme el trabajo en equipo sin "peros", a la Dra. Núria Albacar-Riobóo, por su apoyo y compromiso. A la Dra.

Dolores Serrano–Parra por la prontitud en apoyarme. Al Dr. Juan Roldán por fomentar la templanza, la amabilidad y el altruismo en momentos de mucho estrés para mí.

Y, a todo el departamento de enfermería de la URV, que colaborará con el apoyo moral e institucional (Dra. Maria Jiménez y Dra. Roser Ricomà Muntané).

A los estudiantes de los cursos 2014-2015 y 2015-2016 de la Asignatura Salud Mental Positiva de los Campus Catalunya y Baix Penedès (URV), por su colaboración y compromiso con enfermería y por su deseo de aprender.

A los estudiantes de Enfermería del Campus Tortosa (URV) de la Asignatura Salud Mental, en situaciones complejas en el curso 2014/2015, por su colaboración, altruismo y compromiso con enfermería.

Y, finalmente, a mis amigos de Lleida Rosa Gil y Manel Carbonell, que con su hospitalidad me enseñaron qué es la flexibilidad emocional, pues son las personas más abiertas que he conocido.

Gracias de corazón a todos.

Índice

Índice

Resumen /Abstract

Introducción.....09

Capítulo 1. Marco Teórico parte I19

1.1. Salud Mental Positiva (SMP).....19

1.2. Salud Mental Positiva, referentes históricos21

1.3. Precursores de la Salud Mental Positiva (SMP).....23

1.4. Factores relacionados con aspectos positivos de la SM y el bienestar.....24

1.5. Los valores positivos específicos relacionados con la SMP.....28

1.5.1. Resiliencia.....34

Capítulo 2. Marco teórico parte II.....43

2.1. Programas de prevención y promoción en Salud Mental.....43

2.2. Salud mental positiva y Modelo multifactorial de la Dra. Lluch-Canut.....56

Capítulo 3. El aprendizaje Reflexivo67

3.1. Aprendizaje mediante el método B-Learning.....73

Capítulo 4. Justificación del estudio.....77

Capítulo. 5. Objetivos de la investigación e hipótesis.....81

Capítulo. 6. Metodología de la investigación.....85

6.1. Diseño.....85

6.2. Instrumentos.....	88
6.3. Aspectos éticos.....	91
6.4. Procedimiento intervención.....	92
6.5. Proceso de análisis cualitativo y cuantitativo.....	99
Capítulo 7. Resultados y discusión análisis cuantitativo.....	107
7.1. Resultado análisis de los datos Cuantitativos	107
7.2. Discusión de los resultados Cuantitativos.....	122
Capítulo 8. Resultados Cualitativo y discusión.....	143
8.1. Análisis deductivo de las diferentes categorías según el modelo de SMP.	143
8.2. Analizar el aprendizaje significativo en las vivencias de los participantes en relación al programa de SMP, como resultado de la reestructuración cognitiva y emocional. Teniendo en cuenta la metodología reflexiva y B-Learning.....	189
8.3. Valoración del aprendizaje significativo teniendo en cuenta la promoción de factores de SMP.....	191
8.4. Análisis cualitativo del efecto post-intervención en las diferentes dimensiones de la SMP.....	210
8.4.1. Aprendizaje Significativo teniendo en cuenta los cambios relacionados con los factores de Salud Mental Positiva.....	210
8.4.2. Aprendizaje Significativo Fomento del autocuidado en SMP.....	214

8.5. Aprendizaje Significativo en relación al Saber en SMP.....	215
8.5.1. Aprendizaje Significativo teniendo en cuenta la metodología reflexiva y el Método B-Learning.....	228
Capítulo 9. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras	239
Capítulo 10. Conclusiones.....	243
Capítulo 11. Aplicaciones prácticas y sugerencias.....	251
Capítulo 12. Referencias Bibliográficas.....	259
 Anexos.	
1. Programa Salud Mental Positiva.....	341
2. Cuestionario Sociodemográfico.....	361
3. Cuestionario de Salud General (GHQ 12).....	362
4. Descripción del espacio virtual Fórum Reflexivo en la plataforma Moodle.....	363
5. Modelo de Consentimiento informado de estudiantes del Campus Catalunya, Baix Penedès y CampusTortosa.....	364
6. Autorizaciones y permisos.....	368
7. Financiación y difusión de la investigación.....	372

Índice de Tablas

Tabla 1. Ejemplos de programas de Prevención y Promoción de la salud en el ámbito escolar en países europeos y otros.....	47
Tabla 2. Iniciativas de promoción y prevención SM en valores positivos en diferentes poblaciones (España).....	48
Tabla 3. Programas de Prevención y Promoción centrados en emociones, habilidades y capacidades emocionales.....	50
Tabla 4. Programas que se centran en varias dimensiones positivas relacionadas con la Salud Mental.....	52
Tabla 5. Promoción del bienestar psicológico a través de la interacción de los estímulos basados en la naturaleza y personas.....	54
Tabla 6. Descripción de los criterios de SMP multifactorial de Jahoda.....	57
Tabla 7. Descripción de los factores del Modelo de SMP Lluch-Canut.....	61
Tabla 8. Descripción Cuestionario CSMP.....	89
Tabla 9. Características sociodemográficas, laborales y de salud de la muestra (n=118).....	110
Tabla 10. Medidas (GHQ 12 y CD-RISC) en ambos grupos pre-intervención (n=118).....	112
Tabla 11. Medidas positivas de Salud Mental (CSMP+, GHQ 12 y CD-RISC) en ambos grupos pre-intervención (n=118).....	115
Tabla 12. Resultados positivos de Salud Mental (GHQ 12 y CD-RISC) en ambos grupos post-intervención (n=118).....	116
Tabla 13. Resultados positivos de Salud Mental (CSMP+) en ambos grupos post-intervención (n=118).....	117

Tabla 14. Diferencias pretest-posttest GHQ-12.....	118
Tabla 15. Diferencias pretest-posttest CD-RISC.....	119
Tabla 16. Diferencias pretest-posttest de la CSMP+ por factores.....	121
Tabla 17. Valoración aprendizaje significativo teniendo en cuenta los factores de SMP.....	205

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Salud Mental Positiva de Lluch-Canut.....	60
Figura 2. Descripción ciclo aprendizaje reflexivo basado en el modelo de Gibbs.....	71
Figura 3. Fases del procedimiento de recogida de datos cuantitativos.....	93
Figura 4. Momentos de recogida de datos cualitativos.	94
Figura 5. Proceso de aprendizaje reflexivo.....	98
Figura 6. Etapas de análisis del discurso.....	102
Figura 7. Modelo deductivo categoría Satisfacción personal.....	103
Figura 8. La primera dimensión, la Satisfacción personal.....	144
Figura. 9. La segunda dimensión, Actitud prosocial.....	151
Figura 10. La tercera dimensión, Autocontrol.....	157
Figura 11. La cuarta dimensión, la Autonomía.....	167
Figura 12. La quinta dimensión, la Resolución de problemas y Autoactualización...	175
Figura 13. La sexta dimensión, la Habilidad de relación interpersonal.....	185
Figura 14. Subcategoría emociones y sentimientos.....	191

"Lo esencial es invisible a los ojos".

El principito

Resumen / Abstract

Resumen.

La prevención y promoción en enfermería en su formación, tiende a centrarse en la Salud Mental del paciente. Enfermería forma parte del grupo de riesgo en Salud Mental. Sin embargo, tanto en su formación como en la promoción y prevención en autocuidado, la Salud Mental Positiva no ha sido un tema tratado en estudios experimentales. A raíz del resultado de un proyecto piloto de innovación docente en el cual estaba integrada la promoción de la Salud Mental Positiva en estudiantes de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, fue posible observar las necesidades de los estudiantes en Salud Mental Positiva.

No hemos hallado programas específicos para fomentar la Salud Mental Positiva en estudiantes de enfermería en la formación universitaria que forma parte del plan curricular. La literatura refiere varias estrategias dirigidas a las emociones, medidas psicosociales, pero no específicamente destinadas a promover factores de Salud Mental Positiva, y, todavía menos, un programa dentro de una asignatura en el grado de enfermería en España.

En consecuencia, se observó la necesidad de programas de promoción y prevención en Salud Mental Positiva en los profesionales de enfermería, en este caso, se realizó el estudio piloto a los futuros profesionales. Se elaboró en 2014 un programa específico de promoción y prevención en Salud Mental Positiva con la intención de promover la Salud Mental Positiva de los estudiantes de enfermería. Con el el objetivo de analizar su efectividad en estudiantes de enfermería se realizó el presente estudio.

La metodología de la investigación empleada fue el Método mixto cualitativo fenomenológico y cuantitativo descriptivo (caso-control), ya que hay más cantidad de estudios cuantitativos que cualitativos sobre los conceptos relacionados con la Salud Mental Positiva y muy pocos estudios mixtos.

La población objeto de estudio fueron participantes del grado enfermería en la Universidad Rovira i Virgili, que aún no habían recibido conocimientos sobre los conceptos relacionados con la salud mental, ni Salud Mental Positiva. El total de participantes del estudio fue de 118, siendo 60 del G intervención y 58 del G. control. El Cronograma del Programa se adoptó el período lectivo de la asignatura optativa Salud Mental Positiva y en los cursos 2014/2015 y 2015/2016.

Las fuentes de información e instrumentos de medida fueron, en lo cuantitativo: de Salud Mental Positiva (SMP) de Lluch-Canut, la escala de resiliencia Connor–Davidson de diez ítems (CD-Risc 10) de Serrano-Parra, y el Cuestionario General de Salud (GHQ 12) sociodemográfico. Respecto a los cualitativos, fue el material generado de las actividades y el Fórum reflexivo.

La metodología de aprendizaje utilizada fue la reflexiva, en la que se trabajaron las competencias de los participantes fomentando el autoconocimiento. Para las intervenciones se utilizó el modelo B-Learning, usando estrategias presenciales y virtual (fórum reflexivo). Se impartieron en total siete clases teóricas, seis seminarios y siete actividades de fórum. Cada intervención contaba con un conjunto de estrategias (clase teórica + seminario + fórum).

El resultado del programa Prevención y Promoción en Salud Mental Positiva indicó que es posible promover la Salud Mental Positiva dentro del currículo formativo de licenciatura en Enfermería. El programa fomentó la salud mental Positiva en el G. intervención, aumentando el nivel de esta. Además, se realizó el trabajo de prevención, pues disminuyó el malestar psicológico y aumentó la resiliencia. También se observó que cuanto más resiliencia, más Salud Mental Positiva, y viceversa. En los resultados cualitativos, se pudo observar la parte fenomenológica del desarrollo de la promoción y prevención en la persona. En la misma, fue posible describir los procesos reflexivos que sucedieron y el aprendizaje significativo, una parte que está poco reflejada en los resultados de programas de promoción y prevención en Salud Mental.

Palabras clave: Salud Mental Positiva, Salud Mental,
estudiante enfermería, Enfermería, Promoción, Programa de
Prevención.

Abstract.

Effectiveness of a programme regarding the Promotion and Prevention of Positive Mental Health in Nursing students

Quantitative and Qualitative Analysis

Training in prevention and promotion in nursing tends to focus on the mental health of the patient; however, nurses are a risk group in terms of mental health. Despite this, training, promotion and prevention in Mental Health have not been the subject of experimental studies. An innovative pilot project involving the promotion of Positive Mental Health in Nursing students at the Universitat Rovira i Virgili highlighted the needs of students regarding Positive Mental Health.

No specific programmes for promoting Positive Mental Health among Nursing students were found in the curriculum. The literature refers to various psychosocial strategies aimed at the emotions but none of these specifically seeks to promote Positive Mental Health, and such programmes are entirely absent from the Nursing degree taught in Spain.

Consequently, given the need for programmes aimed at promotion and prevention regarding Positive Mental Health among Nursing professionals, the present study was carried out on members of this group. A programme was created that specifically dealt with promotion and prevention in the field of Positive Mental Health with the aim of promoting Positive Mental Health among Nursing students. With the aim of analyzing its effectiveness in nursing students, the present study was carried out.

The research used a mixed phenomenological qualitative and descriptive quantitative method (case-control) because there have been more quantitative than qualitative studies regarding the concepts relating to Positive Mental Health and very few mixed studies.

The population studied were students on the Nursing degree at the Universitat Rovira i Virgili who had not received training in concepts relating to mental health or Positive Mental Health. A total of 118 students participated in the study, with 60 in the study group and 58 in the control group. The course programme was adapted to include optional subjects in Positive Mental Health during the 2014/2015 and 2015/2016 academic years.

The quantitative information sources and instruments were: the Escala de Salud Mental Positiva (Positive Mental Health Scale - ESMP⁺) by Lluch-Canut, the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale (CD- Risc 10) by Serrano-Parra, and the General Health Questionnaire (GHQ 12) and the Sociodemographic Questionnaire. The qualitative sources of information were the material generated by the activities and the reflexive forum.

The learning methodology used worked on the participants' competences by promoting their self-awareness. B-Learning was used, combining face-to-face and online strategies (the reflexive forum). There was a total of seven theory classes, six seminars and seven forum activities. Each intervention used a combination of these strategies.

The results of the Prevention and Promotion in Positive Mental Health programme indicate that Positive Mental Health can be promoted during the Nursing degree. The programme improved positive mental health in the intervention group. Furthermore, it led to prevention by decreasing psychological anxiety and increasing resilience. It was also found that greater levels of resilience increased the levels of Positive Mental Health, and vice versa. The qualitative results showed the phenomenological aspect of the development of promotion and prevention in the individual. It was possible to describe the reflexive processes and meaningful learning that occurred, aspects that are barely reflected in the results of programmes regarding promotion and prevention in Mental Health.

Key words: Positive Mental Health, Mental Health, nursing student, nursing, promotion, prevention program.

Introducción.

Introducción.

El ser humano actual vive en un sistema Postmoderno que le hace vulnerable psicológicamente a padecer patologías psiquiátricas (Whitley, 2008; Cianconi, et al., 2015). Las influencias de los medios de comunicación, los lobbies, la educación reglada, la formación, los grupos ideológicos, las relaciones interpersonales, la situación económica y social que están en proceso de reestructuración, que parece casi inevitable y da lugar a que en la persona se genere la creación de una realidad paralela a la que ella vive, en la que todo es inestable (Pinillos Díaz, 2002; García Moratalla y Markez Alonso, 2012).

Desde esas situaciones, se puede ver cómo lo idealizado a partir de las aspiraciones profesionales y personales, en la práctica, queda apenas en anhelos en contraste con la realidad individual. ¿Cómo se vive en ella? Las personas tienen la percepción de que algo les falta y se encuentran en un estado de duelo constante que les mueve a buscar la felicidad, proyectándola en unas metas, que se encontrarían en un futuro próximo, al no ser así, se cambia hasta la meta siguiente (Glocer Fiorini, Bokanowski y Lewkowicz, 2009).

Los profesionales de la Salud afrontan de cerca las consecuencias generadas por la problemática actual del estilo postmoderno de vida y su relación con la salud global (física y mental). Esto hace que sean partícipes de un sistema en que son tanto promotores de salud como receptores. Se entiende que los profesionales de la salud son personas que están igualmente expuestas al sistema postmoderno actual, ello les hace también unas posibles víctimas de este.

Se puede considerar que su vulnerabilidad en salud mental puede ser el doble; como, por ejemplo, el caso de la profesión de enfermería, pues la práctica les expone a constantes riesgos (químicos, ergonómicos, físicos, biológicos, psicosociales), (Cubillos Franks y Trigos Rey, 2011; Astrês Fernandes y Palucci Marziale, 2014).

Los procesos en los cuales los profesionales de enfermería tienen que manejarse durante su práctica profesional son muy variados, como la salud-enfermedad, duelos, hospitalización, el proceso de muerte, la relación terapéutica, la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE), síndromes como el de Ulises, de inmigración. Estos procesos son complejos, de alta carga emocional, y se requiere para su manejo unas exigencias psicológicas cognitivas, emocionales y sensoriales. Por otra parte, los profesionales de enfermería tienen que afrontar un medio profesional competitivo en el que están expuestos a la falta de previsibilidad en relación a los turnos, puesto de trabajo, carga horaria y número de pacientes. A ello hay que añadir la poca claridad de rol, el poco control sobre la gestión del cuidado, la falta de apoyo social, tanto institucional como de grupo. Todo lo cual va en aumento conforme sea la complejidad de la institución hospitalaria o unidades (Bustillo-Guzmán, et al., 2015; Mesa de la Torre, et al., 2005; Muñoz Zambrano, Rumie Díaz, Torres Gómez y Villaroel Julio, 2015).

El tiempo es un factor que afecta a la práctica y a la Salud Mental (SM) de enfermería. En un estudio realizado en 488 hospitales en doce ciudades europeas, las enfermeras informaron que las tareas de enfermería importantes, a menudo, se dejaban sin hacer debido a la falta de tiempo y se indicó que los eventos adversos no eran infrecuentes y les causaban estrés (Aiken, et al., 2012).

No se trata de una problemática actual de enfermería, existen estudios anteriores en los que las circunstancias económico-laborales son consideradas poco estresantes en vista de las situaciones que la enfermería afronta, que suponen una fuente de estrés en la práctica del cuidado (Ribera Domene, et al., 1993). Conforme se considera en enfermería, las situaciones estresantes son: los pacientes que tengan poca regulación emocional, el tratar con personas agresivas, que las decisiones que les afecten se tomen desde la dirección sin que ellos tengan participación, el ver sufrir a los pacientes, el no poder dedicar más tiempo a aquellos pacientes que lo necesitan, la escasez de recursos esenciales, ver morir al paciente, tener un superior incompetente, la escasez de personal, falta de apoyo de los superiores, los posibles errores de diagnóstico o terapia por parte médica que afecten a sus pacientes, los errores de otros compañeros que afecten a sus pacientes, no trabajar con base a una planificación no coherente, personal incompetente que interfiera en su trabajo, el hacer perder tiempo, que se le requiera en varios sitios a la vez, la sobrecarga de trabajo, el tener que dar una mala noticia, familiares exigentes y los pacientes inquisitivos. Otros estudios corroboran dichos factores (Ribera Domene, et al., 1993; Artazcoz Lazacano, Cruz i Cubells, Moneada i Lluís y Sánchez Miguel, 1996; De la Peña, et al., 2002; Simón García, Blesa Malpica, Bermejo Pablos, Calvo Gutierrez y Gómez De Enterría, 2005; Mercado Torres, 2006).

Enfermería forma parte del grupo de riesgo en salud mental, en el contexto actual los profesionales pueden presentar, durante la práctica profesional, el estrés emocional, el Síndrome del desgaste profesional (*Burnout*), ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones de ánimo (melancolía), insomnio, baja concentración, fobias, fatiga laboral, (Solano Ruiz, Hernández Vidal, Vizcaya Moreno y Reig Ferrer, 2002; López-Soriano y Bernal, 2002; Ríos Riquez, Peñalver Hernández, Godoy Fernández, 2008; Bonet-Porqueras, et al., 2009; Grau, Suñer y García, 2005; Martín, 2015).

En un estudio publicado en 2012, se realizó una encuesta con 5.654 profesionales de enfermería cuyos resultados indicaron que un 22%, es decir, 1.091 profesionales, presentaban un alto nivel de *burnout* (Fuentelsalz-Gallego, Moreno-Casbas, López-Zorraquino, Gómez-García y González-María, 2012).

Las repercusiones no se dan únicamente en la SM del profesional, sino también en la física, como los dolores de cabeza, dolores musculoesqueléticos, diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares (Navinés, Martín-Santos, Olivé y Valdés, 2016; Freimann, Pääsuke y Merisalu, 2016).

Por esta razón, algunos profesionales recurren a medidas de afrontamiento, como el absentismo laboral o abandonar la profesión (Blanca-Gutiérrez, Jiménez-Díaz y Escalera-Franco, 2013). Así, en una encuesta realizada a 23.159 profesionales de enfermería en diez países europeos el *burnout* estaba asociado con la intención de abandonar la profesión (Heinen, et al., 2013). Otro estudio llevado a cabo en Taiwán, relaciona la depresión con la intención más fuerte de abandonar la profesión de enfermería (Chiang y Chang, 2012). Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los profesionales sanitarios está en aumento (Caballero Aranda y Sevilla Lerena, 2014).

Los estudiantes de enfermería ya experimentan riesgos a su SM en el período de prácticas clínicas al estar en contacto con vivencias de impacto emocional, son riesgos como: fase terminal y muerte, el sufrimiento ajeno, entorno hospitalario de pacientes oncológicos, pacientes psiquiátricos, la agresividad y enfermos infecciosos. Todo ello hace que el estudiante experimente el estrés en la práctica de enfermería (Chocrón Cohen, et al., 2005; López-Medina y Sánchez-Criado, 2005; Edo-Gual, Tomás-Sábado y Aradilla-Herrero, 2011).

Asimismo, se añaden otros estresores relacionados con la autoeficacia: falta de competencia, impotencia e incertidumbre, dañarse en la relación con el enfermo. Además de los relacionados con el autocontrol emocional: implicación emocional, no controlar la relación con el enfermo, el contacto con el sufrimiento durante la práctica y la relación con los compañeros. Algunas fuentes de estrés tienden a bajar hacia el final de la carrera, salvo el estresor relacionado con la relación con los compañeros y la implicación emocional (Zupiria Gorostidi, et al., 2006).

En ocasiones, el impacto emocional de la experiencia clínica, así como el estrés percibido durante las prácticas, y en la etapa formativa, hacen que algunas personas lleguen a abandonar la formación universitaria. Las justificativas van muy relacionadas con lo expuesto hasta ahora sobre lo que nos hace vulnerables como personas y como profesionales del área de enfermería. En un estudio realizado por Ferri, Rovesti, Saguatti, Pisani y Magnani (2014), se expone que en las causas de desgaste del estudiante, el 28,8% de los encuestados afirmó haber tenido problemas de aprendizaje en algunos aspectos, mientras que el 23,8% manifestó haber experimentado dificultades en las prácticas clínicas. Además, un 32,8% mostró la desilusión con la profesión de enfermería y el 14%, la falta de correspondencia entre las expectativas y la realidad de vida del estudiante. Además de la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y realización de examen, trabajos en grupo, que son fuente de ansiedad para los estudiantes de enfermería (Castillo Pimienta, Chacón de la Cruz y Díaz-Véliz, 2016).

Ante tal situación, la prevención y promoción en SM no es una cuestión que sea ya una necesidad en que se maneje enfermería hacia al paciente, sino que la promoción también se dirige hacia el promotor de ella, como es el caso del profesional de enfermería. En enfermería no se puede evitar estar en un contexto de riesgo ya que la práctica de la misma comprende un compromiso ético-emocional, puesto que es una profesión con tendencia vocacional (López Alonso, 2000). Sin embargo, sí se pueden elaborar medidas para fomentar y promover la salud mental a través

del autocuidado en SM (León Román, 2007).

La salud mental y el bienestar son dos factores fundamentales que además actúan en la capacidad humana: “La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo” (OMS, 2016).

El enfoque positivo de la salud mental, en el que la definición de la OMS (1948) la sitúa en más que ausencia de enfermedad, no solo es una visión que posibilita identificar los valores positivos relacionados con la salud mental, sino que también abre al profesional la adaptación del enfoque de Salud Mental Positiva (SMP), en la promoción de la SM hacia su práctica profesional y a su vida personal (Lluch-Canut, 2002a; Sánchez Ortega, 2015). A partir de estas premisas cabe indagar cuándo se debería empezar la prevención y promoción en SM a los profesionales de enfermería. ¿En la carrera, antes de adentrarse en el campo laboral, o una vez que ya están en plena inmersión laboral? Es una pregunta cuya respuesta aún no se sabe con certeza, ya que no hay un porcentaje de estudios que afirmen ni nieguen en qué momento empezarla.

En la Universidad Rovira i Virgili, desde hace seis años, se ha introducido en la formación de los futuros profesionales de enfermería la asignatura optativa en Salud Mental Positiva en tercer año, con el enfoque de formación novedoso, aprendizaje y divulgación. En 2014-2015 se valoró la necesidad de verificar la efectividad tanto a nivel cuantitativo como cualitativo del programa de Salud Mental Positiva elaborado por el mismo equipo.

Ello fue a raíz de un proyecto piloto en el que se promovían los factores de SMP, utilizando metodología de innovación educativa que usaba del método Reflexivo, realizado en 2013-2014, en el que obtuvimos resultados significativos (Soares de Carvalho, Ferré-Grau y Lluch-Canut, 2015).

Se elaboró un programa específico de promoción titulado: *Programa de Enseñanza de Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería* (Ferré-Grau, Soares de Carvalho, Palomino-Martinez y Lluch-Canut, 2014). Se puede consultar la versión completa del programa en <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/DD%3A13>

En el equipo que impartía la asignatura, con la intención de profundizar en verificar la efectividad del programa de Salud Mental Positiva, se valoró la posibilidad de ampliar y adaptar el proyecto piloto para que fuera posible evaluar el programa que, además de cumplir con los objetivos de formación, tuviera también un efecto promotor de la SM de los estudiantes. La presente tesis doctoral deriva de ese proyecto y tiene el propósito de valorar la efectividad del programa de promoción y prevención en SMP en los estudiantes del grado de enfermería, además de analizar e identificar las características de la SMP global, por factores y resiliencia. Asimismo, se analiza el aprendizaje significativo teniendo en cuenta a los factores de SMP, a saber en SMP y el modelo B-Learning.

La tesis doctoral que presentamos es la evaluación del programa en Prevención y Promoción en Salud Mental Positiva a los estudiantes de enfermería, consta de un total de doce capítulos. En el primer capítulo se presenta la primera parte del marco teórico que comprende todo lo relacionado con la SMP, desde el concepto, referentes históricos, los conceptos positivos relacionados, los valores positivos y resiliencia.

En el segundo capítulo se encuentran la segunda parte del marco teórico; los programas de prevención y el modelo de referencia en SMP para la promoción en SM, el Modelo Multifactorial de Dra. Lluch-Canut. En el capítulo tercero se describe el aprendizaje reflexivo y el aprendizaje mediante la utilización de las TICs con el método B-Learning.

En el capítulo cuarto se expone la justificación del estudio. En el quinto se detallan los objetivos de la investigación y la hipótesis. En el capítulo sexto se presenta la metodología que se aplica en el estudio (diseño, instrumentos, muestras, aspectos ético y procedimiento intervención). En el capítulo séptimo se presentan los resultados y discusión Cuantitativos. En el octavo resultado Cualitativo y discusión. En el capítulo nóveno las limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras. El capítulo décimo comprende las conclusiones del estudio. El undécimo presenta las aplicaciones prácticas y sugerencias y el duodécimo se dedica a las referencias bibliográficas. Finalmente van los anexos.

En nuestro trabajo se sustituye el término estudiante por participante y se usa el de programa para referirse a la asignatura SMP. Se justifica dicha sustitución debido a que el estudiante no es solo un aprendiz sino un participante en un programa.

Marco Teórico Parte I

Cap.1. Marco Teórico Parte I.

1.1. Salud Mental Positiva (SMP).

El concepto o término Salud Mental (SM) es muy conocido, pero el de Salud Mental Positiva (SMP) es desconocido para muchos, incluso para una parte de los profesionales de la salud. El conocimiento en Salud Mental Positiva empieza por entender qué es esta. Para ello, es importante saber qué se entiende por Salud Mental. El término Salud Mental se usa para referirse tanto a la patología como a la salud indiscriminadamente (Jahoda, 1958). Aunque a nivel de calle el concepto tiene más una connotación negativa (Pileño Martínez, Morillo Rodríguez, Salvadores Fuentes y Nogales Espert, 2003; Bertolote, 2008; Ramos Bernal, 2010).

Las definiciones de Salud Mental pueden variar conforme sea el punto desde el que se mira, por ejemplo: por países, culturas, clases, género, edad. También desde la perspectiva, es decir, desde el promedio, legal, clínico y social (Vaillant, 2003; Salaverry, 2012). Si contemplamos la Salud Mental teniendo en cuenta únicamente un aspecto de la misma, quedaría sin dar una respuesta adecuada a todo lo que la integra.

En este sentido, de una definición integradora, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un significado positivo de la misma, como base para el bienestar y un buen funcionamiento del individuo y comunidad: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001).

La salud es un equilibrio que incluye al propio ser, a los demás y al entorno. De manera que la Salud Mental y la enfermedad no son excluyentes: “El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio” (Dubos, 1959). Asimismo, se define la Salud como el equilibrio que existe entre la persona y su entorno (Jahoda, 1958).

El término Salud Mental Positiva se utiliza para dar nombre al conjunto de factores que dan sentido a la definición de la OMS sobre qué es Salud Mental. Jahoda (1958) fue la primera en acuñar este término para definir los hallazgos en su estudio para la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta sobre la enfermedad y Salud Mental) en el cual se observó la capacidad de personas que aun estando en un entorno o situaciones de riesgo, conseguían mantener un equilibrio a nivel de salud mental y conservar su bienestar. Ryff (1995), también enfatizó conceptos relacionados con la Salud Mental Positiva (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal) y que posibilitan la realización del verdadero potencial de la persona, pero no hacía el uso del término Salud Mental Positiva, sí el de bienestar psicológico.

Con esta visión, el desarrollo y uso de indicadores de población en salud mental y la prevención en salud mental fueron ampliados. De modo que ahora no se tiene únicamente en cuenta la prevalencia de patología mental o tasa de suicidio, sino también el índice de desarrollo humano (HDI), el índice de desarrollo de género (GDI), el índice de empoderamiento de género (GEI). Ante eso, los profesionales de la salud consideran los factores positivos relacionados con la Salud Mental como indicadores de Salud Mental. Tal como afirma el informe de la OMS en el que se reconoce que la Salud Mental Positiva influye en la distribución de los recursos materiales y sociales a través de una variedad de mecanismos institucionales e individuales. Los indicadores de Salud Mental Positiva pueden reflejar los diferentes niveles de influencia de la interacción del entorno, la biología y los genes individuales en la SM (OMS, 2004).

No se puede negar la importancia en la actualidad del conocimiento en Salud Mental Positiva, ya que es una referencia a la hora de planificar y elaborar, programas y estrategias de promoción y prevención en SM (OMS, 2004).

1.2. Salud Mental Positiva, referentes históricos.

Para entender el término Salud Mental Positiva (SMP) hay que retroceder hacia los inicios, para que se comprenda cómo el concepto de salud mental fue adquiriendo la dimensión positiva. Por consiguiente, realizamos una revisión de los conceptos que nos ayudan a comprender la relación del bienestar (salud) y sus componentes positivos.

El concepto de salud se amplió desde que en 1948 la OMS declaró que la salud física es más que ausencia de patología, siendo un estado de bienestar físico, mental y social. Este nuevo enfoque hace que la persona esté integrada con su entorno y contribuya a su funcionamiento personal y social adecuado, y ha promulgado otra visión de salud y su directa relación con el bienestar.

Tal y como se ha indicado anteriormente, la definición completa del concepto SM es: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001).

Desde que se dio esa definición la concepción de prevención y promoción en salud física y en salud mental tuvo en cuenta aspectos más subjetivos, pero no menos importantes, vinculados al bienestar. Son aspectos tales como: la felicidad, el humor, los sentimientos y emociones, el autoconcepto, las relaciones interpersonales, la capacidad de afrontamiento, las fortalezas humanas, la satisfacción personal. En este ámbito se integraron varias disciplinas con la intención de comprender el bienestar humano, las cuales aportaban diferentes visiones sobre el tema.

Algunos autores llegaron a identificar Salud Mental Positiva con bienestar (Lehtinen, Sohlman y Kovess-Masfety, 2005; Knight, Skouteris, Townsend y Hooley, 2017).

De manera que el concepto de bienestar se emplea para definir muchos estados, como por ejemplo: Bienestar subjetivo, esto es, la definición está relacionada con la buena vida, lo que hace la vida agradable, la felicidad en general. Es subjetivo debido a que esta visión de bienestar es personal. Los conceptos relacionados son emociones agradables, juicios sobre uno mismo, la satisfacción con la vida o el dominio en alguna faceta de la vida, como el trabajo o las relaciones sociales (Diener, 2000).

Lo que se sabe sobre otros conceptos de bienestar se ha definido en tres tipos: el primero es el bienestar emocional, que es la satisfacción con la vida y los sentimientos positivos (Diener y Lucas, 1999).

El segundo es el bienestar psicológico, que es el funcionamiento óptimo personal, el cual está compuesto por seis aspectos: una actitud positiva hacia ti mismo (la auto-aceptación), el sentimiento de desarrollo y las ganas de mantenerlo constante (el crecimiento personal), tener un propósito y orientación en la vida (propósito vital), ser capaz de manejar entornos complejos (dominio), tener relaciones satisfactorias e íntimas incluyendo habilidades de relación interpersonales, poder de tomar las propias decisiones de manera independiente (autonomía), (Ryff, 1989).

Y, por último, el bienestar Social o Salud Social (*Health social*), es el óptimo funcionamiento social de una sociedad e individuo. Está compuesto por cinco dimensiones: la buena relación con la sociedad y comunidad (la integración social), la capacidad de aceptar a los demás como lo que son, desde una visión positiva (aceptación/tolerancia), tener la creencia de ser capaz de lograr cumplir metas en beneficio para la sociedad (social contribución), creer que la sociedad tiene potencial para cambios positivos (actualización social) y visión lógica y comprensible del mundo social y la interacción social (la coherencia social), (Keyes, 1998). Hay autores que defienden que la salud mental engloba los tres tipos de bienestar, el psicológico, el emocional y el social y que sirven como indicadores de constructo de la salud mental (Keyes, 2005b).

1.3. Precursores de la Salud Mental Positiva (SMP).

En la psicología positiva o salugénica de Casullo (2001), que estudia la dimensión positiva de la personalidad y se centra en los aspectos protectores o generadores de salud, el concepto de salud mental estaba vinculado a conceptos separados, que, a su vez, estaban relacionados con el bienestar (Casullo, 1998; Schmutte y Ryff, 1997).

En la psicología positiva, Ryff, Singer y Dienberg Love (2004), en sus estudios relacionados con el bienestar, definen dos tipos. El *eudaimónico*, término que viene del griego *daimo*, capacidad única, según la definición aristotélica, en la cual el bienestar se consigue a través de la realización del potencial personal. El otro el *hedónico*, se define como el bienestar que proviene de *los sentimientos positivos, emociones positivas*, niveles de felicidad y satisfacción. Bienestar eudaimónico, fue inspiración para varias teorías, como el proceso de individuación de Jung (1933) que ofrece criterios para clasificar a la personalidad humana. En esta teoría se da una visión de cómo tratar de comprender al enfermo a partir de lo sano y que el bienestar se consigue a través del equilibrio psíquico del consciente y el inconsciente (Alonso, 2004).

En el desarrollo psicosocial de Erikson (1959), la vida tiene ocho etapas, siendo las cuatro primeras aquellas en las que se desarrolla el sentimiento de identidad del niño y las cuatro restantes el sentimiento de estar bien. Para Erikson un yo fuerte es la clave para la salud mental (Bordignon, 2005). Mientras que para Allport (1961), que promovió la psicología social, el bienestar o la felicidad estaba integrado en el proceso y en la consecución de metas (Baltá Pelegrí, 2009). Por su parte, Rogers (1981) se ha centrado en comprender y describir a la persona sana, donde el hombre tiene una tendencia actualizante. Según él, la persona necesita tres actitudes básicas: autenticidad, aceptación incondicional y empatía, además de un ambiente que ayude a aumentar la autoestima necesaria para su bienestar y para facilitar el desarrollo (Hernández González, 2002)

La autorrealización de Maslow (1943) realiza una clasificación de las necesidades humanas según el grado de importancia, relacionando el bienestar con la autorrealización. Anteriormente, otros autores, como Adler (1911), afirman que el individuo vive una relación de interdependencia con su entorno. Así pues, el bienestar y la autorrealización dependen de los demás.

1.4. Factores relacionados con aspectos positivos de SM y el bienestar.

De las teorías citadas surgieron varios estudios sobre el bienestar centrados en el desarrollo del potencial humano. Seguidamente, se realiza descripción de los hallazgos registrados en estos estudios. Se indican en cursiva los factores relacionados con los aspectos positivos de la SM.

Casullo y Castro Solano (2002) en el estudio sobre patrones de personalidad, Síndrome Clínico y bienestar psicológico en adolescentes, observaron que los adolescentes de alto riesgo presentaban menor percepción del bienestar psicológico en el área de proyectos de vida y resolución de conflictos. Esto era debido a que les faltaban los *factores protectores* según Casullo (2000) y *Posibilidad de pensar en un proyecto de vida, criterio de realidad o sentido común, tolerancia a la frustración, red de apoyo afectivo, baja impulsividad así como percepción del bienestar subjetivo.*

La percepción de ser competente o de autoeficacia, protege el bienestar y lo promueve aun en situaciones adversas, lo que incide en la realización humana y el bienestar personal (Bandura 1994, 2006; Pajares y Schunck, 2001; Pajares, 2002, 2005). Asimismo, González Cabanach, et al., (2012), afirman que el estado mental positivo (bienestar) depende en gran medida de la *percepción de autoeficacia*, que es una variable asociada a la consecución del bienestar (Sansinenea, et al., 2008).

Las metas en la vida, es un motor para el desarrollo personal. En este sentido varios estudios observaron que sentirse competente mejora el bienestar (Castillo, Molina-García y Álvarez 2010). La importancia de la *percepción de competencia y la motivación* para la salud mental, cabe entender que se refiere a todo aquello que fomenta el sentirse competente, lo cual incide positivamente sobre la salud mental. La formación es una parte importante para el desarrollo de competencia. El ministerio de Sanidad (2006), en su encuesta *Nacional de Salud de España* en 2006, realizada en un total de 29.478 personas adultas, se identificó que un nivel educativo bajo se asocia con peor salud mental (OR 1.65 hombres y OR 2.36 mujeres). Además, un mayor nivel educativo presentaba un aumento del apoyo social, que es un indicador de salud en mental (De la Cruz, Feu y Vizquete-Carrizosa, 2013; Knesebeck y Geyer, 2007; Miguel y Kremer, 2004; Walton, Takeuchi, Herting y Alegría, 2009).

Se realizaron programas dirigidos a potenciar el *capital humano*, que se define como la mezcla de aptitudes y habilidades innatas a las personas, así como la calificación y el aprendizaje que adquieren en la educación y capacitación, que también incluye la salud (OCDE, 2007). Aunque el capital humano, sea un término muy usado en economía, presenta una estrecha relación con la salud ya que según los estudios realizados sobre el tema, una mala salud en la infancia podría deprimir la formación del capital humano, lo que requiere una intervención temprana (Bleakley, 2010; Accinelli, London, Punzo y Sánchez Carrera, 2010).

En consecuencia, ello sirvió para que en el área de la salud se dirigieran políticas de mejora de los indicadores de salud, y en programas relacionados con mejorar las condiciones de vida a fin de facilitar el mejor desarrollo de la persona y promover su potencial. Dichos programas se centraron tanto en políticas sanitarias como en educación y el sistema de protección del menor (Bleakley, 2010).

La protección del menor se ha centrado en disminuir las experiencias relacionadas con la desprotección, el abandono físico y afectivo, las enfermedades en la primera etapa infantil, la marginalidad, la violencia y el abuso parental, la pérdida o ausencia de los padres o personas responsables del cuidado, puesto que son factores que ponen en riesgo la salud del niño y que comprometen su bienestar (Rodríguez, Camacho Rosales, Rodrigo López, Máiquez Chaces y Martín Araujo, 2006).

Casullo (2005), adopta el concepto *capital psíquico* como un conjunto de factores y procesos que permiten aprender, protegerse y sobrevivir y a generar *fortalezas humanas*.

En esta línea se adoptó en el campo de la salud el concepto *empowerment* con el objeto de potenciar a la persona, haciéndola más autónoma a través de la formación, que hace que ella desarrolle o mejore unas capacidades y habilidades que le faciliten la toma de decisiones. Eso se traduce en un mejor autocuidado y, como consecuencia, bienestar/salud (Bravo, et al., 2015). De igual manera, el concepto de *la resiliencia* también tiene un enfoque eudaimónico como factor potenciador y protector del bienestar (salud), (Ryff, 2014).

El segundo concepto de *bienestar*, según Ryff (1995), el *hedónico*, está relacionado *con emociones positivas*, para otros autores su definición tiende a relacionarse con la cantidad de experiencias positivas y con la minimización de experiencias negativas (Ryff, et al., 2004; Shmutte y Ryff, 1997). Si únicamente nos basamos en esta definición en psicología positiva, se podría caer en interpretaciones sesgadas que otorgarían un aire de superficialidad en relación a la parte salubre de la salud mental. Lo que demostraría una necesidad de más investigaciones que pudieran analizar los beneficios de los valores positivos y su relación con la salud mental.

El punto de partida para la nueva corriente en psicología positiva fue el discurso inaugural como presidente de la *American Psychological Association* (APA) de Seligman (1999), que defendió cuatro líneas de estudios: las emociones positivas, los rasgos individuales positivos y las instituciones que los promueven, así como los vínculos positivos (Lupano Perugini y Castro Solano, 2010 Mariñelarena-Dondena, 2014). Para Seligman el bienestar es un constructo multidimensional y ninguna dimensión lo define por sí sola, pero contribuye a ello. Está compuesto por *las emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logro* (Seligman, 2011). En otras palabras, el bienestar no es solo emociones positivas, el bienestar emocional o la satisfacción con la vida. Es más que eso, es el desarrollo de las verdaderas capacidades y habilidades del ser humano que le ayudan a elegir los elementos que le conducirán hacia el bienestar (Seligman, 2011).

Desde entonces, las emociones han sido foco de varios estudios. Sin embargo, hay que considerar que si bien los términos sentimientos y emociones se utilizan habitualmente como sinónimos, estos presentan definiciones diferentes. Por ello es importante marcar la diferencia entre ambos conceptos, a pesar de que en algunos estudios se insista en presentarlos como sinónimos. Los sentimientos son un estado de ánimo, y como estado tienen una duración variablemente prolongada, se producen por causas que impresionan de forma agradable o desagradable (Damasio, 2010), y surgen del resultado de percibir una emoción, conforme define la visión expresada en la obra ética nicomáquea de Aristóteles en la que la emoción puede venir acompañada de placer o de dolor (Trueba Atienza, 2009).

Según la psicología, la emoción es un concepto usado para explicar un proceso multidimensional que se encarga de analizar una situación, hacer una interpretación subjetiva de la misma, una expresión del proceso, o preparar para la acción y producir cambios en la actividad fisiológica (Fernández-Abascal, Jiménez y Martín, 2003). En los valores positivos relacionados con la SM, las emociones adquieren un papel importante.

1.5. Los valores positivos específicos relacionados con la SMP.

Los valores positivos en SM integran varios conceptos que contribuyen al adecuado equilibrio en SM que nos lleva al bienestar. Resaltamos en el texto en cursiva estos conceptos.

El sentido de *humor positivo* (que incluye la alegría), aunque existen pocos estudios que lo relacionen directamente de forma empírica con la salud, sí los hay de su influencia en el cerebro, como por ejemplo, el área de detección de errores que se encuentra entre los hemisferios cerebrales y con el análisis de la información en búsqueda de la congruencia, causando lo cómico (la risa) y toda la cascada fisiológica. Como consecuencia de su efecto, se contrarresta el estrés, cambiando la química de la sangre (niveles de glucosa, cortisol, adrenalina, dopamina), lo que previene enfermedades. A nivel de relaciones personales es una gran herramienta ya que invita a la cooperación (Frith y Frith 2007; Forgas, 1991).

En relación a los componentes afectivos (*las emociones*), aún no hay acuerdo en si constituyen una dimensión o dos (*positivo y negativo*), pero sí en que su valoración queda aún pendiente de profundización. Actualmente, hay escalas que miden balance afectivo que valora tanto las emociones negativas y positivas como el grado de satisfacción con la vida.

La *regulación emocional* es un factor importante, que según Seligman (2011), relaciona la Felicidad con la capacidad y habilidad emocional. Las emociones básicas son: la alegría, el miedo, la tristeza, la ira, el asco y la sorpresa (Fernández-Abascal, et al., 2003).

La relación entre las *emociones positivas* y el cambio en la satisfacción con la vida está mediada por la mudanza en la capacidad de recuperación. Los estudios no solo confirmaron las emociones positivas como valor predictivo de satisfacción sino con la necesidad de un aumento de estas, ya que ayudan a las personas a crear resultados deseables (Lyubomirsky y

Dickerhoof, 2005), aunque el aumento de la riqueza pueda aumentar la satisfacción, no aumenta la presencia de emociones positivas (Diener, 2009).

El *afrontamiento positivo*, la *creatividad* son elementos importantes para hacer frente de manera adecuada a los desafíos existenciales y con ello aumentar las posibilidades de soluciones (Artola, et al., 2012). Las *emociones positivas* sirven para moderar el efecto del estrés y mediar en la recuperación, nunca para eliminar el estrés ya que es un elemento presente en la vida humana (Ong, Bergeman, Biscontin y Wallace, 2006). En *el optimismo* se tiene este factor en cuenta, de manera que la persona optimista no es una persona ajena a su realidad, ni omite las consecuencias de una situación. La falsa creencia de que ser optimista es tener pensamientos positivos no tiene sentido en psicología positiva. El optimista tiene la capacidad de valorar las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema en caso de que no haya posibilidad de solucionarlo, recurre a las estrategias centradas en las emociones (el humor, la reinterpretación positiva de la vivencia, y busca de apoyos para amortiguar los efectos negativos (Ortiz, Ramos y Vera-Villarroel, 2003).

El optimismo como valor positivo (Larson y Luthans, 2006), puede ser entendido desde dos teorías: los estilos explicativos en los cuales el optimista explica los eventos negativos dando una atribución externa, con una dimensión temporal y específica, y los eventos positivos al revés. Mientras que el pesimista realiza estas atribuciones a los eventos negativos haciendo una interpretación interna con dimensiones estable y global (Seligman, 1998; Guilhan, Shatté, Reivich y Seligman, 2001).

La visión de una *perspectiva optimista del futuro* (esperanza) da margen a la esperanza y aumenta la percepción de control de la situación, ya que, según Walter Freeman, el estado emocional anticipa la acción (Freeman, 2000; Jiménez Sánchez y Domínguez Sánchez, 2009). Como afirman Berra Ruiz, Muñoz Maldonado, Vega Valero, Silva Rodríguez y Gómez Escobar (2014), la estrategia más frecuente en el manejo de situaciones estresantes está centrada en las emociones, aunque hay diferencia

respecto a la edad y el sexo (Berra Ruiz, et al., 2014).

En un estudio realizado en China por He, Cao, Feng, Guan y Peng (2013), en el Hospital de Xi'an con 410 pacientes que padecieron quemaduras en un 20–40% del cuerpo se observó que el *optimismo*, la *resiliencia* se correlacionan con el bienestar subjetivo, lo que explicaría que los pacientes que presentaron optimismo, mientras atravesaban esta situación estresante eran más propensos a realizar una recuperación positiva ya que fueron capaces de ajustarse a los cambios.

Estos hallazgos corroboran lo observado en estudios anteriores, como que el optimismo ayuda a pronosticar buenos resultados en relación a la salud, y con la longevidad (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009; Tugade y Fredrickson, 2004). El *Optimismo* es predictor en resultados exitosos en programas de tratamiento del alcoholismo y procesos de salud–enfermedad (Strack, Carver y Blaney, 1987; Ronaldson, et al., 2015).

El afrontamiento positivo desde la perspectiva emocional-cognitiva incide en las reacciones de estrés posteriores, por ejemplo, valorar una situación estresante de una manera no amenazante, aunque sea por algunos minutos, da la posibilidad de reevaluar la respuesta. Las emociones juegan un rol importante en este cambio interno causado por el *afrontamiento positivo y adaptación* (Lazarus, 1993). Estudios indican que las personas optimistas tienen mayor tolerancia a la frustración siendo este un rasgo de resiliencia (Tugade y Fredrickson, 2004; Liao y Liu, 2015).

La felicidad es un estado afectivo positivo que está relacionado con las emociones positivas, con la presencia de acontecimientos placenteros y la satisfacción global. Tiene una duración prolongada aunque puede haber variaciones entre personas, culturas y a lo largo del tiempo. Dado que la felicidad no excluye momentos de dificultades, de desorganización y pérdidas.

El uso de *la felicidad, la satisfacción global, bienestar subjetivo, la vida plena*, entendidos como un solo concepto, es debido a que en todos ellos se presenta la variable estar a gusto con la vida (Chóliz Montañés, 2009). En esta evaluación positiva de la vida hay dos componentes, el cognitivo y el afectivo (Veenhoven y Hagerty, 2006).

La felicidad tiene varias facetas relacionadas con el bienestar, y su evaluación se divide en varios subcomponentes (eudaimónico y hedónico), (Javaloy Mazón, Páez Rovira y Rodríguez Carballeira, 2009). Esta subjetividad del fenómeno “Felicidad”, no hace de ella un tema menos importante para el ser humano, ya que la felicidad solo puede ser definida desde la perspectiva de la propia persona. Al identificar y analizar los factores que interfieren en este fenómeno es posible hacerlo de forma objetiva (Diener, 2000).

Aunque el camino de la felicidad es personal, pues es una variable modificable por la personalidad, la cultura, vivencias, o el ciclo vital; se intenta encontrar la manera de hallarla (Easterlin, 2006). Seligman promulga que el camino hacia ella tiene tres rutas: la vida placentera, la vida comprometida y la vida significativa. La vida placentera se rige sobre una base hedonista donde las emociones positivas son el centro. La vida comprometida, tiene una base eudaimónica, el desarrollo de *las fortalezas y virtudes humanas*. La vida con significado, donde el sentido de la vida se base en los demás, en *la búsqueda del bien común*. Para Seligman seguir simultáneamente estas tres rutas es lo que hace alcanzar la felicidad plena (Seligman, 2002).

No solo las preferencias personales juegan un papel importante para conducir a las tres rutas, sino que también hay un factor que son las oportunidades individuales, y que está regulado por el tiempo (Prinz y Bünger, 2009). En nuestra sociedad actual consumimos una gran parte del tiempo intentando suplir las necesidades materiales para la supervivencia, y poco tiempo a actividades de desarrollo a las fortalezas/virtudes y a dar significado a la vida.

La *satisfacción con la vida* es tener una *vida equilibrada (balance life)*, es decir, cubrir las necesidades que se presenten en estas tres dimensiones (rutas) de la felicidad (Park, Peterson y Seligman, 2004; Seligman, Parks y Steen 2004).

Entre los factores que influyen en la búsqueda exitosa de la felicidad están las *fortalezas de carácter o llamadas fortalezas humanas* (Seligman, 2002). Los rasgos positivos que componen la personalidad. Las fortalezas se agruparon en seis virtudes positivas, a saber: “sabiduría y conocimientos, coraje, justicia, templanza, humanidad (fortalezas interpersonales) y transcendencia. Dentro de estas seis virtudes se identificaron veinticuatro fortalezas humanas de carácter universal, entre ellas están: *humor, gratitud, curiosidad, juicio y abertura de mente, integridad, bondad, liderazgo, perdón y misericordia, ciudadanía, autorregulación, humildad, trabajo en equipo, modestia, prudencia, inteligencia social, capacidad de amar y ser amado, apreciación de la belleza y la excelencia, amor por el saber, esperanza, religiosidad y espiritualidad*” (Peterson y Seligman, 2004). Las fortalezas humanas son rasgos positivos que están dentro de la familia de valores positivos relacionados con la Salud Mental.

Se observó que la felicidad tiene mucho de componente cognitivo y conductual y que las fortalezas inducen al pensamiento y a la conducta humana. De ahí la importancia de esta puesta en común, que facilitó la investigación relacionada con las fortalezas y su implicación con el bienestar/felicidad. Se tiende a suponer que vivir en una sociedad desarrollada con un buen estado de bienestar proporcionaría tener esta vida equilibrada para realizar el recorrido simultáneo entre las tres rutas de la felicidad. Hay estudios que demostraron que no es así, afirman que la privación absoluta o la opulencia de recursos materiales dificulta la felicidad (Diener, 2009). Aunque los recursos proporcionen una garantía a una mejor condición de vida, no garantizan cubrir las necesidades para tener una vida comprometida y con significado o que sean saciadas (Prinz y Bünger, 2009).

¿El factor económico influye en la felicidad? El nivel económico de los padres puede ser un factor relevante a la hora de amortiguar los efectos de dificultades presentadas en la infancia, ya sean de salud, cognitivos y emocionales, que podrían dificultar el desarrollo de capacidades y habilidades en el niño comprometiendo su salud mental cuando llegue a adulto y, por supuesto, su bienestar. Eso nos hace reflexionar sobre la influencia directa o indirecta de la variable ingresos a la hora de evaluar las dificultades en el desarrollo de capacidades y habilidades que promueven la salud mental y el bienestar. De manera que puede que el factor económico no determine en relación a la felicidad, pero condicione el llegar a ella (Fan y Eaton, 2001)

¿La persona que es feliz tiene salud? En respuesta a esta pregunta muchos estudios comprobaron que las personas felices presentan un nivel de bienestar percibido más elevado que las personas infelices, además de una menor morbilidad, mayor longevidad y un envejecimiento que tiende a ser exitoso. De manera que existe una posible relación entre la felicidad y la salud (Cherry, Marks, Benedetto, Sullivan y Barker, 2013).

1.5.1. Resiliencia.

La resiliencia es un valor positivo relacionado con la SM, su definición tiene relación con lo que uno mismo entiende por resiliencia que incluye la capacidad de recuperación, ya que esta definición viene influenciada por la historia personal, cultura, factores de desarrollo, demográficos (sexo, edad), económicos y sociales. La definición que *The American Psychological Association* (APA) (2014) hace de resiliencia es la de un proceso en el que hay buena adaptación a la adversidad, al trauma, la tragedia, las amenazas o incluso fuentes significativas de estrés.

Expertos proponen una definición que se basa en un funcionamiento saludable: “Es un proceso para aprovechar los recursos con el fin de sostener el bienestar, en el que la resiliencia no se caracteriza por la ausencia de déficit funcional o de psicopatología, sino que la resiliencia incluye trayectoria estable de funcionamiento saludable después de un evento altamente adverso, esfuerzo consciente para avanzar en una experiencia adversa, la capacidad de un sistema dinámico para adaptarse con éxito a las perturbaciones que amenazan la viabilidad, la función y desarrollo de ese sistema” (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick y Yehuda, 2014).

En la neurobiología de la resiliencia, el mecanismo neuroendócrino juega un papel relevante a la hora de la respuesta al estrés, entendiendo que hay un componente genético en la resistencia al estrés (Meaney y Szyf, 2005). Además, los estudios en relación al estrés pudieron comprobar la relación de las respuestas a este, las catecolaminas y el cortisol. También ponen de relevancia la importancia de los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico, glucocorticoide, gabaérgico neuropéptico, el factor neurotrófico del cerebro y varios receptores en la resiliencia del individuo (Bowirrat, et al., 2010).

Por lo que se puede llegar a entender que la resiliencia es un proceso pasivo, en el cual se dependerá solo del potencial biológico de la persona. No obstante, hay varios estudios que indican la presencia del componente activo de la resiliencia, ya que la recuperación del estrés puede venir del comportamiento de estrategia de afrontamiento activo (Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy, Lude y Elfström, 2012; Orcutt, Bonanno, Hannan y Miron, 2014).

¿Qué características tiene la persona resiliente? Las características pueden variar en relación con el contexto social, cultural y demográfico. Por ejemplo, en los jóvenes, en el caso de estudiantes universitarios, estudiantes de ingeniería informática que presentaron estas características resilientes, las más relevantes fueron: habilidad social, capacidad de análisis, crítica de la realidad, capacidad de autoanálisis, valoración de la familia y desarrollo del buen humor. Los de enfermería presentaron: interacción, introspección, pensamiento crítico y familia (Pulgar Suazo, 2010).

En el caso de los niños, existe una amplia literatura sobre la capacidad de resiliencia. Las características más relevantes fueron: el compromiso, el dinamismo, humor en medio de la adversidad, la paciencia, el optimismo, la fe y el altruismo (Connor y Zhang, 2006; Seery, Holman y Silver, 2010). También lo fue el de los factores protectores, aunque el aspecto individual es el que mejor define la resiliencia personal, los factores ambientales (prácticas transformación cognitivas, educación y apoyo del entorno) también contribuyen a su promoción (Grafton, Gillespie y Henderson, 2010). Piña López (2015) en el análisis del concepto de resiliencia, define las dimensiones resilientes como; el afrontamiento, la actitud positiva, el sentido de humor, la empatía, la flexibilidad, la perseveranza, la religiosidad, la autoeficacia, el optimismo y la orientación hacia la meta.

En resiliencia son muy importantes el contexto y las relaciones interpersonales. El contexto favorable disminuye los obstáculos y aumenta las redes de apoyo, si estas son positivas ejercen un efecto benéfico en la mente, proporcionando el bienestar psicológico (Graham, 2010; Pinto Cortez, 2014).

Los estudios posibilitaron identificar variables que coinciden en personas resilientes en diferentes contextos: sociales, económicos, demográficos y de situación de salud. Posibilitaron tener una visión de los aspectos comunes de la resiliencia. Por ejemplo, las variables importantes relacionadas con el carácter asociado con la resiliencia. Estas forman parte del mecanismo de las emociones, que son: las de recompensa y motivación, la hedonía, el optimismo, la amabilidad aprendida (el *helpfulness*), la respuesta ante el miedo, y tener un comportamiento eficaz. Esos comportamientos tienen relación con la adaptación social, altruismo, vinculación y cooperación (Graham, 2010). Otros autores añaden también una adecuada autoestima y autoconfianza, la adaptabilidad (la flexibilidad), la fe o creencias trascendentes, la inteligencia y la creatividad, la autonomía y la independencia, capacidad de introspección, regulación de las emociones, el *locus control* (el estado de la emoción depende de uno mismo), la empatía, las emociones positivas y la moralidad (Anaut, 2005; Melillo y Suárez Ojeda, 2001; Fredrickson, 2000; Singleton, 2004).

También están asociadas a resiliencia las variables relacionadas con las capacidades dirigidas al logro de metas, tales como la búsqueda de la autorrealización (Bernad, 1991). No obstante, todos estos atributos no solo hacen a la persona resiliente, sino también favorecen la felicidad (Nobre, Reis, Castro y Lapa Esteves, 2013).

Se destaca la importancia de la resiliencia en relación a la Salud Mental en estudios con pacientes, que debido a la patología que presentan tienden a padecer alteraciones del estado de ánimo, tales como: enfermos de fibromialgia, colitis ulcerativa, dolor crónico, diabetes, psoriasis artrítica, osteoartritis, depresión y Crohn. El resultado ha indicado que la resiliencia en

enfermos crónicos está relacionada con la construcción de la resiliencia en la experiencia de enfermedad, la conciliación y conexión con los demás. Se observó que tenían un fuerte autoestima, la capacidad de aprender de las experiencias y desarrollar la capacidad de adaptación (Kralik, Vam Loon y Visentin, 2006).

La resiliencia es una variable moduladora y amortiguadora del efecto dañino del estrés en la salud física y mental (Smith y Zautra, 2008; Wagnild, 2009). Su efecto protector es benéfico también en relación al *burnout* y el cansancio emocional y promueve la realización personal en profesionales que están expuestos diariamente a factores de riesgo (Molina, Pérez, Espinoza y López, 2013; Menezes de Lucena, Fernández Calvo, Hernández Martín, Ramos Campos y Contador Castillo, 2006).

Es posible favorecer el desarrollo de la resiliencia por dos vías: la primera es reducir la exposición a los eventos o sucesos que pueden poner en riesgo la salud integral de la persona. Es decir, el control de las adversidades y su impacto. Cosa que no es posible en todos los casos ya que hay variables que no es fácil controlar (Werner, 1992). Como promulgan otros estudios (Salomon y Davidson, 1997; Zohar, Juven-Wetzler, Myers y Fostick, 2008), quienes afirman que una de cada doce personas de la población en general estará expuesta lo largo de la vida a experiencias de estrés extremo y que un 3% o un 6% puede llegar a desarrollar un estrés postraumático (PSPT).

La segunda vía es potenciar los atributos resilientes en los individuos vulnerables a través de la promoción en Salud Mental Positiva. Es decir, a través de los aspectos positivos de la salud mental. De manera que las intervenciones relacionadas con la resiliencia están focalizadas en las fortalezas, teniendo en cuenta el contexto y entorno, fomentado los recursos protectores personales y promoviendo los recursos protectores externos (Stewart y Adler, 2010; Lyssenko, Rottmann y Bengel, 2010).

En lo que se refiere a programas relacionados con la resiliencia, por ejemplo, en los niños, existe el programa *Life Skills* elaborado por la OMS (1997), se trata de un programa que se centra en cuatro tipos de habilidades. La primera es la del pensamiento: creatividad, imaginación, resolución de problemas, toma de decisiones, autoconocimiento, pensamiento crítico y acceso y análisis de información. La segunda, las habilidades de trabajo: comunicación, colaboración, cooperación, gestión de personas, gestión del tiempo, organización, liderazgo con influencia. La tercera es la habilidad de aprendizaje: las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), la agilidad y adaptabilidad, el recibir y dar retroalimentación, el manejo de la crítica, la innovación, exploración, y la autonomía. La cuarta la constituyen las habilidades sociales: ciudadanía, responsabilidad social, conciencia cultural, desarrollo social, respeto por la diversidad y redes sociales.

La atención plena (*Mindfulness* (MBSR), se centra en estrategias que hacen que la persona ponga atención al presente sin juzgar. Se usa para la disminución del estrés utilizando el cambio de afecto negativo por afecto positivo, aún no hay muchos estudios que avalen la validez de este programa (Snippe, Nykliček, Schroevers y Bos, 2015). Hay otro programa que se realizó en militares, *battlemind* podría traducirse como fortaleza psicológica o resiliencia es un entrenamiento que prepara al soldado para las experiencias que va a afrontar. Consta de diez habilidades que el soldado tiene que desarrollar para prevenir el estrés post traumático (García Silgo, 2013).

En España hay varias iniciativas, desde las escuelas promotoras de salud, e iniciativas probadas tales como Instituto Español de Resiliencia que imparte formación y desarrolla programas para grupos. La mayoría de los programas de enseñanza en resiliencia, están dirigidos a la formación de profesionales (Máster, postgrado) y hay muy pocos divulgados en relación a la promoción de la población en general.

Existen, asimismo, algunos programas en España derivados de estudios de tesis que enfocan poblaciones distintas, por ejemplo: trabajar la resiliencia a través del vínculo estudiante-educador (Moreno Pinho, 2011), trabajar la resiliencia a través del autoconcepto en mujeres que padecieron cáncer de mama (Garcia-Maroto, 2015).

Marco teórico parte II.

Cap. 2. Marco teórico parte II.

2.1. Programas de prevención y promoción en Salud Mental.

Cuando se hace referencia a prevención y promoción en Salud, se entiende que la definición de la promoción de la misma comprende un punto de vista global (salud mental y salud física). De modo que la prevención y promoción en SM es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, según la definición de la OMS (1986), en la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Ginebra. En esta, no solo se centró en las políticas públicas saludables sino también en entornos que promueven la salud.

La Salud Mental entendida desde la visión impulsada por la OMS, es definida: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. A partir de esta definición fomentó el aspecto hasta entonces menos trabajado en la SM, la prevención y promoción desde un aspecto positivo de la SM. Los estudios señalaron que los aspectos positivos de la SM son un predictor de bienestar psicológico (Oramas Viera, Santana López y Verdara Barrenechea, 2006).

No obstante, el paradigma de la promoción y prevención en Salud Mental es un tema complejo, ya que los enfoques parten de varios puntos de vista de qué es el bienestar, qué es la salud mental, dependiendo de la población. Los estudios han revelado la importancia de la promoción y prevención en Salud Mental, y sus resultados positivos (Keleher y Armstrong, 2005; Toumbourou, et al., 2000). Lo que indica que la promoción es posible y que hay que tenerla dentro de la prioridad en materia de salud, porque produce beneficios no solo individuales y sociales, sino también disminuye gastos sanitarios (Jané-Llopis y Barry, 2005).

La promoción de la Salud Mental está centrada en lo positivo de Salud Mental, eso no se puede ignorar, y por ello la mayoría de las intervenciones en promoción y prevención, aunque no lleven el nombre identificativo de

SMP, están en su mayoría basadas en el concepto positivo de la Salud Mental y no solo en la ausencia de patología, aunque antes no se era consciente del todo de ello hasta la definición de la OMS. De manera que pensar en promoción y prevención en Salud Mental no tiene cabida sin tratar de la Salud Mental Positiva y los valores positivos relacionados con esta. La Salud Mental Positiva tiene un valor intrínseco ya que promueve el capital humano y social, además de promover el factor humano y el económico de la sociedad (OMS, 2004).

A nivel de políticas de la Unión Europea, estas siguen la línea de la OMS en relación a la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental. Las políticas están dirigidas a las siguientes áreas: “Soporte y apoyo al niño en los primeros años de vida, promoción de la salud mental en las escuelas, promover la salud mental en el trabajo, promover la salud mental en el envejecimiento, soporte al envejecimiento mentalmente sano. A grupos en situaciones de riesgo para los trastornos mentales, por ejemplo, en niños con padres que padezcan patología mental. Prevención de la depresión y suicidio, prevención de la violencia y uso de sustancias nocivas, promoción en la atención a la salud primaria y secundaria, reducción de la desventaja y evitar el estigma, además de políticas gubernamentales para fomentar gobiernos más eficaces” (OMS, 2004).

En el entorno más cercano, actualmente la prevención y promoción de la salud mental fuera de centros especializados se trabaja también a través de asociaciones que tienen su programa específico, como la (<https://consaludmental.org/tag/femasam/>) *Confederación Salud Mental España* o la *Fundación Acorde* (<http://www.fundacionacorde.com>) que también realiza programas psicosociales en escuelas.

Las herramientas de la promoción y prevención en SM son las estrategias educativas. Albert y Davia (2010), en un estudio de salud y educación llevado a cabo en once países de la Unión Europea, confirmaron la correlación educación y salud, y que la alfabetización en salud es una política necesaria. Las estrategias educativas son una de las herramientas más utilizadas en fomentar el óptimo desarrollo humano (Yamashita y Brown, 2013; Barry, Domitrovich y Lara, 2005).

La promoción de la salud mental que promueve el aspecto positivo se sitúa en varias áreas y poblaciones. Los programas en salud mental, que fomentan los aspectos positivos en la misma, también son nombrados de varias formas tales como, intervenciones en la Salud Mental ya citadas anteriormente, aprendizaje social y emocional (SEL) alfabetización emocional, inteligencia emocional, resiliencia, aptitudes para la vida y educación del carácter. La experiencia de otros nos ayuda a tener una visión del área en la que se mueve la Salud Mental Positiva.

Las intervenciones o estrategias de promoción son variadas dependiendo de qué aspecto y población desean fomentar (regulación de la conducta, regulación emocional, potenciar habilidades).

Destaca el informe *DataPrev* sobre las intervenciones en salud mental realizadas en escuelas alemanas, belga, noruega, de Holanda, de Reino Unido, del Canadá, de Nueva Zelanda y de Australia. El período fue a partir de 1990 y los niños y jóvenes en edad escolar de 4 a 19 años. Los programas relacionados con la promoción y prevención en el ámbito escolar con más efectividad, son: programa de comportamiento en el juego, programas contra la intimidación, programas multicomponentes que están formados por las habilidades sociales, la formación de docentes en la gestión de la conducta y educación de la infancia. Este programa tiene como objetivo cambiar la cultura escolar, transformándola en los valores induciendo a cambios sostenibles. Estos programas suelen ser los que tienen mayor índice de eficacia (Weare y Nind, 2011).

Desde entonces, ha habido diversos programas de Prevención y Promoción, de diferentes enfoques y gestionados por instituciones y asociaciones que se realizaron en diferentes países (Véase tabla 1).

La prevención psicoeducativa es la más usada, describimos algunas; están centradas tanto en los estudiantes en todas las etapas, como en poblaciones específicas o población en general (Véase tabla 2).

Hay variedades de programas e intervenciones de Prevención y Promoción centrados en las emociones, habilidades y capacidades emocionales (Véase tabla 3).

También hemos encontrado programas que trabajan varias dimensiones positivas de manera conjunta. Aunque la promoción y prevención en Salud Mental Positiva es multidisciplinar, los programas en su mayoría intentan centrarse únicamente en una dimensión. Asimismo, hay que resaltar que cuanto más dimensiones se trabajan, más intervenciones y más estrategias hay que hacer. Las intervenciones tienden a abarcar una amplia gama de destrezas relacionadas con la dimensión que se quiere promover, con eso se pretende alcanzar una mayor efectividad (Véase tabla 4).

Tabla 1. Ejemplos de programas de prevención y promoción de la Salud Mental en el ámbito escolar en países europeos y otros.

Programa	Población	Tipo de intervención
Programas de educación emocional para la prevención de la violencia. Comunidad Valenciana 2005 http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/cac3997f-c66f-4a18-b45d-7c6ea3a1262e	Estudiantes de 2º ciclo de eso.	Intervenciones: regulación emocional, educando en valores, habilidades sociales.
Emociones y Salud. Potencia tus emociones positivas, ganarás en salud. Comisión emociones y Salud. Colegio Oficial de psicólogos de Madrid. https://es.scribd.com/document/350445528/Triptico-Emociones-Salud	Público en general.	Dípticos, cursos y conferencias.
Escuelas promotoras de Salud. (Canadá) http://www.phecanada.ca/health-health-promoting-schools Escuelas Promotoras de Salud Aragón (España). http://redescuelasaragon.blogspot.com.es	Escolares de diferentes edades.	Se centran tanto en las prácticas alimentarias como en las relaciones sociales del entorno escolar (docente-estudiante-estudiante). Servicio de salud Mental escuela ligada a promover la salud social y emocional.
Mindmatters. (Australia) https://www.mindmatters.edu.au	Comunidad escolar y entorno.	El enfoque está influenciado por el modelo de la OMS para la promoción de la Salud Mental en la escuela.
The European network of health promoting schools (ENHPS) http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/Pre-2005/european-network-of-health-promoting-schools-the-alliance-of-education-and-health	Comunidad escolar y entorno.	Implementan un plan con estrategias para promover la salud, el bienestar el desarrollo de capital humano de toda la comunidad escolar.
Hospitales amigos de los niños, participan varios países. http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/es/	Población infantil	Es un programa de prevención a la ansiedad infantil, reconocida en la OMS.

Tabla 2. Iniciativas de promoción y prevención SM en valores positivos en diferentes poblaciones (España).

Población	Programa	Características
Edad escolar	Programa de promoción de la Salud Mental Positiva y prevención de la enfermedad en el ámbito escolar de la comunidad autónoma de Extremadura (España) http://www.fic07.eu/saludmental	Es un programa que está centrado en aclarar las falsas creencias sobre la patología mental, y disminuir estigmas. Dar a conocer los conceptos de bienestar, autoconcepto y los factores protectores y de riesgo a la Salud Mental. Utiliza estrategias docentes y el alumno puede utilizar para manejar situaciones conflictivas.
Adolescentes	Promoción del desarrollo al adolescente, Recursos y estrategias de intervención. Junta de Andalucía. http://personal.us.es/oliva/DESARROLLO%20POSITIVO_2010_v6.pdf	Está centrado en el desarrollo personal, emocional, competencias sociales y cognitivas.
Reclusos	Promoción de la Salud en el medio penitenciario. Gobierno de España. Ministerio. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/http://datos/descargables/saludpublica/Guia_Promocion_Salud_Mental.pdf	Está compuesto de cinco módulos: salud motivación, autoestima, Salud y emociones. Más activos para ganar en Salud y avanzar es posible.
Estudiantes de 12 a 15 años	Terapia de bienestar en la autogestión del estrés y el bienestar psicológico en población subclínica. Comunidad de Galicia (Rodríguez-Verdura, 2014).	Se realiza 10 sesiones de intervención psicoeducativas de 60', sobre afrontamiento, estrés y autoeficacia.
Población en general	Programa de Psicohigiene: estrategia gente + saludable 2010-2015. Comunidad de Madrid. http://madridsalud.es/pdf/publicaciones/saludpublica/Estrategia_Gente_Saludable_feb2014.pdf	Gestión de la emociones
Hijos de personas que padecen psicopatología.	Casa verde. Programa de apoyo, prevención y seguimiento para hijos de personas con trastornos. Se centra en los cinco primeros años.	Garantizar el desarrollo evolutivo normal y una relación de apego seguro. Facilitar que los padres tengan apego parental y acompañen el desarrollo del hijo(a).

Tabla 2. Iniciativas de promoción y prevención SM en valores positivos en diferentes poblaciones (España). (Cont.)

Programas	Población	Características
Fundación Manantial. Salud Mental https://www.fundacionmanantial.org/pdf/PROGRAMAPOYOoPREVSEGUIIMIENTO_CASA_VERDE.pdf	Años de vida del niño.	Adquiera: competencias para la crianza y vinculación afectiva con los hijos facilitar un marco de convivencia familiar saludable y una relación positiva con el entorno.
Programa Activos para la Salud y promoción de la Salud Mental. Comunidad de Andalucía. https://consaludmental.org/centro-documentacion/activos-la-salud-mental-16762/	Varios tipos de población en diferentes etapas vitales	Utiliza estrategias con un enfoque salutogénico de promoción de la Salud Mental desde la perspectiva positiva.
Promoción de la Salud Mental en las escuelas. Ministerio de la Educación. Ganar Salud en la escuela. http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm	Dirigida a escolares	Guía de promoción con estrategias para cada etapa escolar.
Promoción de la Salud Mental en el trabajo. 8º iniciativa de la (ENWHP). http://www.insht.es/InshWeb/Contenidos/Documentacion/POSTER%20TECNICOS/2012/Ficheros/promocion%20de%20la%20salud%20mental%20en%20el%20trab%20aio.pdf	Dirigida a trabajadores en general.	Tiene un web de promoción de la Salud en el trabajo, realizan intervenciones y presentan modelos de buenas prácticas. Fomentan factores para la promoción de la Salud Mental.
Academia SOS. Aldeas infantiles SOS España.	Dirigida al niño en situación de vulnerabilidad, a la familia y profesionales (médicos, docentes, enfermeros,	Imparte formación: cursos de promoción de la SM, en Salud Mental Positiva en la infancia y la adolescencia.
Actíivate por la Salud Mental. Cataluña. https://consaludmental.org/general/activate-por-la-salud-mental-salut-mental-catalunya-22492/	Dirigido a personas afectadas por un trastorno mental y a sus familias.	Un circuito que permite el acceso a la información y formación, y proporciona un soporte continuado en el tiempo, para coordinar las acciones de las diferentes redes que intervienen en la atención.

Tabla 3. Programas de Prevención y Promoción de la SM centrados en emociones, habilidades capacidades emocionales.

Programas	Características
Programa ESCAPE (ESCAPE from exclusion) (Rae y Marris, 2004)	Es un programa de alfabetización emocional de 15 sesiones dependiendo del diseño, está focalizado para los estudiantes que están descontentos y con el riesgo de exclusión. Se trabaja: la conciencia emocional, la seguridad en uno mismo, autenticidad, la flexibilidad, ideas personales, la autorregulación, rendición de cuentas, automotivación.
Programa Curriculum emocional (The emotional curriculum) (Ribes, Bisquerra, Agulló, Filella y Soldevila, 2005)	Es un programa de 37 sesiones dependiendo del diseño. La estrategia consiste en realizar tareas cortas que incorporan una variedad de estilos de aprendizaje: discusión, tarjetas de problemas y escenarios, intercambios de ideas, preguntas y evaluaciones finales. Las habilidades clase son: auto-conciencia, la resolución de conflictos, comunicación, la gestión de sentimientos, la responsabilidad personal, dinámica de grupos, toma de decisiones, el auto-concepto, control del estrés y la empatía.
Programa Coaching emocional (Emotional Coaching) (http://incoaching.com.br/s/cursos/coaching-emocional/)	El programa se centra en la resolución de problemas y la fijación de metas. Se trabajan conjuntamente las emociones y sus influencias: la ira, la ansiedad, las burlas, la amistad, la felicidad y la confianza en uno mismo
Alfabetización emocional (Emotional literacy) (Cabello, Ruiz-Aranda y Fernández-Bercoval, 2010)	El programa se centra en un progresiva alfabetización emocional, es muy eficaz en escolares/docentes. Se trabajan la autoconciencia emocional, el manejo de las emociones y relaciones, la resiliencia y la motivación.
Inteligencia emocional (Emotional Intelligence) (Amei-Waece, 2008)	Se trata de estrategias que están centradas en los fundamentos de la inteligencia emocional y abarcan el modelo y niveles de aprendizaje, la memoria emocional, la motivación y se utilizan varios tipos de teorías de auto-realización, bienestar y felicidad.
Programas estar bien, ser yo (I'm ok Being me) (http://free-being-me.com/media/Folder-Leader_final_changes-080114.compressed1.pdf)	Está elaborado con la intención de promover la auto-aceptación y autoestima.
El enfoque reglas de SEL (The RULER approach to Sel) (https://novofoundation.org/storiesandprofilesthe-uler-approach-to-social-and-emotional-learning/)	Es un programa que proporciona herramientas para integrar el aprendizaje SEL en los planes de estudios desde el nivel preescolar hasta la secundaria. Está centrado en las cinco competencias SEL.

Tabla 3. Programas e intervenciones de Prevención y Promoción centrados en emociones, habilidades y capacidades emocionales. (Cont.)

Programas	Características
Promoción de estrategias de pensamiento alternativo (Promoting alternative thinking strategies). http://www.episceneter.psu.edu/ebp/altthinking	Este tipo de programa es muy útil en preescolar y primaria. Está diseñado para aumentar las competencias emocionales y sociales, para evitar la agresión, y otros problemas de conducta, mejora la habilidad de pensamiento crítico y mejorar el clima en la clase.
Programa caminos http://abriendo caminos.org.do/comolohacemos/	Se centra en lecciones sobre el etiquetado de emociones y sentimientos, sobre el autocontrol, resolución de problemas sociales, la conciencia y la comprensión emocional.
El aula (RC) enfoque sensible (The Responsive Classroom (RC) Approach) https://socialworkkps.wordpress.com/el-aula-ensiblen/	Es una metodología de enseñanza que integra las necesidades sociales, emocionales y académicas.
La escritura, el respeto, lectura y resolución de problemas. Programa (4Rs). (The Reading, writing, respect, and resolution (4Rs) Program.) http://www.casei.org/guideprograms4rs-reading-writing-respect-and-resolution/	Es un plan de estudio que está basado en la alfabetización emocional. Tiene un enfoque que combina diferentes estrategias: resolución de problemas, modelar normas sociales positivas, mejorar el clima social y emocional del aula.
Fundación Punset http://www.fundacionpunset.org/aprendizaje-social-emocional/	Formación: curso de aprendizaje emocional y Social.

Tabla 4. Programas que se centran varias dimensiones positivas relacionados con la Salud Mental .

Fuente bibliográfica	Programas	Dimensiones
(Catalano, Berglund Ryan, Lonczak y Hawkins, 2004).	Juventud positiva, desarrollo en Estados Unidos (EUA)	Derivados del programa se generaron proyectos dirigidos a niños y jóvenes, con resultado positivo. En el área conductual estaba dirigido al único dominio social, los proyectos más relevantes fueron: Creciendo saludable, Hijos de divorcio, Conociendo tu cuerpo, El proyecto Caminos, Entrenando destrezas, el proyecto Alerta, proyecto Desarrollo social y programa de competencia social. Cada programa produjo evidencias de cambios significativos en los niños, juventud y familia. Las mejoras en la aceptación social y colaboración con los compañeros, resolución de problemas y creatividad, mejora con las comunicaciones con los padres, mayor redimiento y apego escolar. También tuvo impacto significativo en la prevención de conducta en los niños (consumo de tabaco y alcohol).
(Weissberg, Barton y Shriver, 1997).	Programa de formación de habilidades para la vida.	Se centra en las habilidades sociales (verbales y no verbal), señales de comunicación para evitar malos entendidos, estrategias para superar la timidez tales como: iniciar contactos sociales, dar y recibir elogios, empezar, mantener y finalizar conversaciones.
Promoting alternative thinking strategies (PATHS). Department of Human Services de Pesssylvania. http://www.pathstraining.com/main/	Programas de mejora personal /autogestión y consciencia.	Está enfocado en el desarrollo de competencia en el área de la autodisciplina, a través de aplicación del pensamiento objetivo y racional, establecimiento de metas apropiadas, generar alternativas, manejo de estrés, se enseñan ejercicios de relajación para ayudar a manejar la ira, y también los pasos para la resolución socio-cognitivo de problemas y la motivación de logro.
(Lovat, Toomey y Clement, 2010).	Educación del carácter (educación en valores)	Se centra en el crecimiento social, emocional, moral y espiritual. Elementos que parecen estar presentes donde se están maximizando el progreso intelectual y el rendimiento académico.
(Schonert-Reich, Smith, Zaidman-Zait y Hertzman, 2012).	Programa de Empatía.	Se trabaja el conocimiento y expresión emocional, competencia emocional con impacto positivo, sin presencia de trastornos.

En relación a estrategias que promueven el bienestar psicológico a través de la interacción de los estímulos basados en la naturaleza y personas, aunque este parece ser el menos divulgado, se han realizado varios estudios sobre su efecto. En cuanto a los beneficios a la salud mental, aunque es un aspecto de la promoción en Salud Mental poco frecuente, se han presentado diferentes iniciativas al respecto con buenos resultados en relación a adquisición de capacidades y bienestar. (Véase tabla 5).

El resultado positivo del uso de diferentes recursos a la hora de promover y prevenir en Salud Mental nos hace percibir un enfoque flexible a la hora de elaborar intervenciones y estrategias, para así producir resultados positivos. La adaptabilidad del recurso que se va a utilizar, exige una forma de aplicar, es decir, un método, que dé potencial al recurso y pueda generar en él una dinámica que pueda interactuar con la persona. Al mismo tiempo que pueda ejercer como impulsor, abriendo a la persona a procesos que generen cambios hacia la mejora en Salud Mental.

Tabla 5. Promoción del bienestar psicológico a través de la interacción de los estímulos basados en la naturaleza y personas.

Fuente bibliográfica	Tipo de intervención	Participantes	Resultados
(Dravigne, Waliczek. Lineberger y Zajicek, 2008)	Plantas en el lugar de trabajo o ventanas que tenían vistas a espacios verdes.	450 participantes adultos de ambos sexos.	Los participantes que tenían plantas y ventanas próximas a plantas o espacios verdes tenían un mayor nivel de satisfacción en el trabajo. También presentaban una mejor calidad de vida general, en el análisis multivariado se demostró que este resultado no varía en relación a la edad, sexo, origen étnico, salario y nivel educativo.
(Van Den Berg y Custers, 2011).	Los efectos de la jardinería al aire libre.	30 horticultores.	El resultado de realizar 30 minutos de jardinería post exposición a una situación de estrés. El Análisis indicó que los participantes que practicaron la jardinería tenían el cortisol más bajo que el G. control. También el estado de ánimo era más elevado, lo que indicó que la jardinería es un moderador del estrés agudo.
(Wichrowski, Whiteson, Haas, Mola y Rey, 2005).	Los efectos de la horticultura en pacientes de un programa de rehabilitación cardiopulmonar.	105 pacientes de rehabilitación cardiaca	Mejora del estado de ánimo, puntuaciones bajas en depresión, desánimo y aumento positivo en dimensiones vigor/energía.
(Honold, Lakes, Beyer y Van Der Meer, 2015).	Los beneficios a largo plazo de un contacto frecuente con diferentes tipos de naturaleza urbana.	32 participantes adultos de ambos sexos.	Los participantes que tenían contacto frecuente con la naturaleza, ya sea porque residían en un lugar que tenía alta cantidad de diversos tipos de naturaleza o porque utilizaban con frecuencia rutas que tenían vegetación diversificada, presentaban un nivel bajo de cortisol.
(Song, Ikei y Miyazaki, 2016)	Efecto fisiológico de la Naturoterapia.	Revisión de las terapias utilizando la naturaleza en Japón. 52 artículos.	Los datos científicos que evalúan los indicadores fisiológicos, como la actividad cerebral, la actividad nerviosa autónoma, la actividad endócrina y la actividad inmune, son positivos. La terapia natural desempeñará un papel cada vez más importante en la medicina preventiva en el futuro.

Fomentar la creación de programas de promoción de la Salud Mental focalizados en elementos positivos como la Salud Mental Positiva no solo tiene el efecto de promoción de habilidades y capacidades. Va más allá de eso, hace de factor protector ya que las fortalezas que se desarrollan son acumulativas, lo cual se traduce en un beneficio a corto y largo plazo en salud mental (Smith, Peled, Stewart, Tang y Kovaleva, 2011).

Hay muchos otros modelos de programas de prevención centrados en varias poblaciones tales como: programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil, los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres), las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés), legislación y campañas contra la discriminación (OMS, 2004).

En relación a la SMP de los profesionales de enfermería en España, aunque hay algunas iniciativas, aún no hay suficientes estudios específicos de trabajos de promoción y prevención en SMP. De manera que el presente proyecto de prevención y promoción en SMP en estudiantes de enfermería, significa un aporte innovador y su resultado puede ser un promotor de nuevas iniciativas en promoción y prevención en SMP centrados en los profesionales de la Salud.

2.2. Salud Mental Positiva y Modelo multifactorial de Dra. Lluch-Canut.

Salud Mental Positiva (SMP), aunque tuvo conceptos antecesores que hacían entender lo mismo, como capital psíquico o potencial Mental es la Salud Mental Positiva la que recoge en todas las dimensiones las perspectivas eudaimónica y hedónica de la Salud Mental (Ryff, et al., 2004). Fue con la publicación del informe final de la Comisión conjunta para la enfermedad y salud mental (Joint Commission on Mental Illness and Health) en el que participaba Jahoda (1958) y con la publicación del estudio *Current Concepts of Positive Mental Health* (Jahoda, 1958), cuando se pudo comprender más sobre qué es SMP y qué la compone. La SMP es la perspectiva positiva de la Salud Mental (Jahoda, 1958). Pero se puede decir que Jahoda, en 1958, promulgó una visión multifactorial de la salud mental desde una perspectiva positiva. Es decir, la salud mental en su parte de normalidad clínica suponiendo la definición del concepto Salud Mental Positiva (SMP). En esta visión multifactorial de la SMP se han puesto al descubierto seis dimensiones en las que se puede identificar la presencia de factores que están vinculados con la SMP. Las dimensiones son: Actitudes hacia sí mismo, Crecimiento y autoactualización, Autonomía, Integración, Dominio del entorno y Percepción de la realidad

La definición de SMP se centra en un enfoque positivo de la Salud Mental, necesario para que se puedan diferenciar los conceptos y su relación con la patología, con la satisfacción con la vida y bienestar, y no al revés, la patología y su relación con la Salud Mental, el bienestar y la satisfacción con la vida. Que ha sido la visión predominante antes de la eclosión de la psicología positiva.

Salud Mental Positiva pretende mantener un enfoque de la Salud Mental no centrado en el déficit sino en las partes que contribuyen a que la persona disfrute de la vida y pueda afrontar los desafíos del día a día, además de contribuir al desarrollo humano personal y comunitario.

Algunos consideran a la SMP como la SM de las personas psicológicamente sanas, es decir, de aquellas personas que no padecen y no padecerán de trastorno psiquiátrico (González Zúñiga, 2012). Pero los estudios indican que para tener una Salud Mental Positiva no es una condición indispensable la ausencia de patología psiquiátrica. Una persona puede padecer déficit en Salud Mental Positiva y no padecer necesariamente una patología psiquiátrica (Keyes, 2005a). Pero el déficit en SMP sí puede ser predictor de problemas somáticos y, a la larga, un predictor de déficit en Salud Mental, bajo nivel de satisfacción con la vida y bienestar (Keyes 2002; 2003). Como afirma Jahoda: “the absence of mental is not sufficient indicator of mental health” (Jahoda,1958).

No se llegó a formular un modelo, pero sí se identificaron criterios multifactoriales elaborados por Jahoda para identificar la SMP, se basa en seis dimensiones y dieciséis factores (ver tabla 6). Los criterios no fueron puestos a prueba a nivel empírico, la autora no hizo modificaciones ni amplió las explicaciones sobre los criterios. Sin embargo, es un referente como modelo teórico para la investigación en SMP. Los estudios que tuvieron como referencia el criterios de SMP de Jahoda se centraron en varias áreas, pero muchos no estudiaron todas las dimensiones en conjunto sino por separado o algunos criterios (Véase tabla 6).

Tabla 6. Descripción de Criterios de SMP de Jahoda.

<p>F1: Actitudes hacia sí mismo.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Accesibilidad del yo a la conciencia.2. Concordancia yo real-yo ideal.3. Sentimientoshacia uno mismo (autoestima/ autoconcepto).4. Sentido de la identidad.	<p>F2. Crecimiento, desarrollo y autoactualización.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Autorregulación2. Conducta independiente
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Factor 3. Integración.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Equilibrio de fuerzas psíquicas (el consciente y el inconsciente).2. Visión integral de la vida.3. Resistencia al estrés.	<p>Factor 4: Autonomía.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Autorregulación.2. Conducta independiente.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Factor 5: Percepción de la realidad.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Percepción no distorsionada.2. Empatía o sensibilidad social.	<p>Factor 6. Control ambiental.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Capacidad de amar.2. Adecuación en el amor, trabajo y juego (ocio).3. Adecuación en las relaciones interpersonales.4. Eficiencia en el manejo de las demandas situacionales.5. Capacidad de adaptación y ajuste.6. Eficiencia en resolución de problemas.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Lluch-Canut, 1999.

No hay que olvidar que el concepto de Salud Mental varía conforme la cultura, etapas vitales y contexto. Los criterios por los que se define la Salud Mental positiva de Jahoda se basan en la población estudiada de Estados Unidos de América (EUA). La variabilidad del concepto de salud mental puede hacer variar también los criterios de SMP y sus valores positivos, ya que lo que en un país puede parecer sano en otro puede ser indicio de un desorden (Vaillant, 2012). La propia Jahoda (1959), reconoce esta dificultad.

Los criterios de Jahoda fueron mejorados por la Dra. Lluch-Canut (1999), en su tesis doctoral titulada *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. En esta elabora un modelo de SMP de seis dimensiones, los factores que las componen son explicados. A diferencia de los criterios de Jahoda su modelo fue puesto a prueba empíricamente en población española (Lluch- Canut, 2002b). Además, hay correlación entre los factores de SMP. Es decir, la falta de uno altera el desarrollo o causa déficit en otro, siendo como un circuito encadenado en torno a la Salud Mental Positiva, produciendo su influencia en la SMP de la persona (Véase figura 1).

Figura 1. Modelo de Salud Mental Positiva de Lluich-Canut.



Fuente: LLuch-Canut (1999).

El Modelo de Salud Mental Positiva de Lluich-Canut, añade valor los plantamientos de Jahoda. Y podríamos considerar el modelo de SMP de Lluich-Canut el primer intento de plantear criterios de Slud Mental en forma de modelo, haciéndolo así un referente a la hora de realizar una valoración

del grado de SMP de personas, grupos o comunidades. Las seis dimensiones o factores que define Lluch-Canut, se explican a través de 21 conceptos que los definen. Eso hace más específico lo que se pretende medir y analizar de la Salud Mental Positiva (Véase tabla 7).

Tabla 7. Descripción de factores, Modelo de SMP Lluch-Canut.

F1. Satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto/Autoestima • Satisfacción con la vida personal • Perspectiva de futuro
F2. Actitud Pro-social	<ul style="list-style-type: none"> • 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
F3. Autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para el afrontamiento del estrés/ situaciones conflictivas • Equilibrio emocional/ control emocional • Tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés.
F.4 Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para tener criterios propios. • Independencia • Autorregulación de la propia conducta. • Seguridad personal/ confianza en sí mismo
F.5 Resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis • Habilidad para tomar decisiones • Flexibilidad/ capacidad para adaptarse a los cambios • Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
F.6. Habilidades de Relación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para establecer relaciones interpersonales • Empatía/ capacidad para entender los sentimientos de los demás • Habilidad para dar apoyo emocional • Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales íntimas.

Fuente : LLuch-Canut (1999)

Son varios los proyectos de investigación recientes que tuvieron como marco de referencia el modelo de SMP de Lluch-Canut. Así, siguiendo dicho marco, han aparecido diversas tesis doctorales (Sosa Correa, 2009; González Zúñiga, 2012; Miguel Ruiz, 2014; Albacar Riobóo, 2015; Sánchez Ortega, 2015; Sanromà Ortiz, 2016 y Mantas Jiménez, 2017).

Asimismo, se han publicado, una serie de trabajos en revistas especializadas (Amar, Palacio, Linas, Puerta, Sierra, Pérez, y Velásquez, 2008; Barradas Alarcón, Sánchez Barradas, Guzmán Ibáñez y Balderrama Trapaga, 2011; González Sepúlveda, Astudillo y Hurtado, 2012; Medina Pérez, Irida Serrano, Martínez Ardila y Cardona Duque, 2012; Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldán-Merino y Ferré-Grau, 2013; González Sepúlveda, Gómez Arias, Caicedo Buitrago, Piernagorda Gutiérrez y Medina-Pérez, 2013; Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Lluch-Canut y Roldán-Merino, 2014; Mantas Jiménez, Juvinyà i Canal, Bertran i Noguer, Roldán Merino, Sequeira y Lluch-Canut, 2015; Roldán-Merino, Lluch-Canut, Casas, Sanromà-Ortiz, Ferré-Grau, Sequeira, Soares y Puig-Llobet, 2017).

Y algún libro se ha ocupado del tema (Lluch-Canut, 2004; Amar Amar y Madarriaga Orozco, 2009).

Se ha formado en 2014 un Grupo de investigación internacional con proyectos orientados hacia la Salud Mental Positiva, en el que trabajan conjuntamente investigadores de Cataluña (España), Portugal y Brasil. Con publicaciones (Roldán-Merino, Puig Llobet, Lluch-Canut, Ferré-Grau, Sequeira, LLeixá Fortuño, et. al. 2014; Ferré-Grau, Sequeira, Merino, Lluch-Canut, Llobet y Pegueroles, 2015).

El Modelo de referencia en SMP que se ha empleado para evaluación del programa de nuestra investigación es el de la Dra. Lluch-Canut, pues, además de cumplir con todos los criterios de validez, fue validado en una muestra de estudiantes de enfermería de la misma comunidad autónoma en la que se realizó este estudio de evaluación del programa. Además de ser el modelo de referencia del propio programa de enseñanza de Salud Mental Positiva en estudiantes del grado de enfermería aplicado en este estudio. Ver versión completa del programa en:

<http://repositori.urv.cat/fourrepublic/search/item/DD%3A13>

(Véase anexo 1).

Aprendizaje Reflexivo.

Cap. 3. Aprendizaje Reflexivo.

El método reflexivo es un enfoque educativo pedagógico centrado en la reflexión como instrumento de aprendizaje (Brockbank y McGill, 2002). La reflexión es acción y efecto de reflexionar (Real Academia Española). Se considera también la reflexión un proceso mental (Moon, 2004), otros la definen como un ciclo en que el pensamiento se predispone a valorar la eficacia de la práctica, evaluando estrategias para mejorarla y evaluar la efectividad del resultado, siendo este proceso el que sucede en conjunto con los demás (Ferraro, 2000).

La reflexión como un proceso mental es un examen activo, persistente y cuidadoso de toda creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sostienen y las conclusiones a las que tienden Kolb (1984) afirma el aprendizaje como esencialmente reflexivo, en el cual el conocimiento se crea a través de la transformación de la experiencia. El aprendizaje resulta de la combinación de tomar la experiencia y transformarla (Dewey, 1989; Luzuriaga, 1987).

El pensamiento reflexivo, según Schön (2000), está asociado al “arte profesional”, es decir, el conocimiento en acción en el que los tipos de conocimiento se revelan en acciones inteligentes, sea observables o se trate de acciones privadas. La definición de pensamiento crítico es que este consiste en un pensamiento reflexivo racional que conlleva habilidades que posibilitan esclarecer un problema o situación, reconocer sus variables, identificar los pros y contras. Este es capaz de cuestionar y reconstruir las estructuras de pensamiento. Además, se predispone a contrastarse con otros pensamientos a fin de justificar el “supuesto” (Mayor, Suengas y González 1995). En la metodología reflexiva, como expone, no hay que confundir el pensamiento crítico con la “crítica” (Brockbank y McGill, 2002).

El desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico a la vez implica el desarrollo de capacidades, ello conlleva capacitar (Caballero Sahelices, 2009). Aunque las capacidades tengan una predisposición genética (innatas), se puede capacitar (adquirir/desarrollar) a una persona desde una visión constructivista del aprendizaje.

La metodología reflexiva tiene base constructivista y promueve el desarrollo de varias competencias transversales tales como: el uso de destrezas metacognitivas, habilidades creativas y capacidad de actitud crítica a través del pensamiento reflexivo (Brockbank y McGill, 2002).

La metodología adecuada tiene más eficacia con el empleo de estrategias que potencien su base. La metodología es muy importante a la hora de fomentar el aprendizaje significativo, de manera que los contenidos tienen que tener una organización lógica y psicológica (Entwistle, 1998),

El empleo de la metodología reflexiva tiene como fin el aprendizaje significativo, respecto a este aprendizaje: “La característica más importante del aprendizaje significativo es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que estas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria, sí de forma sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los conocimientos pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva” (Ausubel, 2002).

El aprendizaje significativo también promueve el aprendizaje transformador, en el cual la autorreflexión fomenta el ser más abiertos mental y emocionalmente, capaces de realizar cambios personales y reflexionar. Constituye un proceso promotor de crecimiento intelectual y emocional (Mezirow, 1997).

Hay varios modelos de aprendizaje que emplean el método reflexivo, los más relevantes son el de Kolb (1984), Brookfield (1995), Rolfe, Freshwater y Jasper (2001), Lawrence-Wilkes y Ashmore (2014) y el de Gibbs (1988).

El Modelo de Kolb (1984) es muy conocido como aprendizaje experiencial, ya que es un modelo que tiene como referencia la experiencia que es analizada y evaluada en cuatro etapas: la primera la experiencia concreta, la segunda la observación reflexiva, la tercera la conceptualización abstracta y la cuarta la experimentación activa. Una vez que termine el proceso, la puesta en práctica ha generado nuevas experiencias que formarán otras experiencias de aprendizaje experiencial, siendo entonces un modelo cíclico de aprendizaje.

En el modelo de Brookfield (1995), la práctica reflexiva se realiza desde el enfoque basado en la valoración de una misma situación desde varias perspectivas. Es decir, valorar la situación a partir de varios puntos de vista, lo que se ha definido como lentes. Estas son: autobiográfica (historia personal y emociones y sentimientos actuales), opiniones de los estudiantes, opiniones de los compañeros y la lente teórica (literatura).

El modelo reflexivo de Rolfe, et al., (2001) está basado en la práctica de la escritura reflexiva. Tiene como referencia tres preguntas: ¿Qué? (¿Qué pasó?), ¿Y qué? (¿Qué significa eso?), ¿Ahora que? (¿Qué tiene que pasar?).

La respuesta a estas preguntas a través del pensamiento reflexivo expresado por escrito, hace que la persona evalúe su práctica desde varias perspectivas sea por referencia literaria o social, y realice una interpretación de la realidad, valore las opciones y planifique las mejoras. En el Modelo Lawrence-Wilkes y Ashmore (2014) la práctica reflexiva tiene en consideración el contexto social en el que sucede. El esquema de descripción del modelo está basado en la palabra *reflect* (reflexionar). Tiene siete pasos (recuerde, experiencia, enfoque, aprenda, evaluar, considere y *trial* (ensayo) que posibilita a la persona hacer una evaluación, interpretación, considerar y poner a prueba lo aprendido.

El Modelo de Gibbs (1988) conocido como modelo *Ciclo reflectante* está muy enfocado en el aprendizaje y el cambio. Es un modelo muy conocido en el área de la salud, ya que posibilita una práctica reflexiva que tiene en cuenta las variables objetivas (situación/conocimiento) y subjetivas tales como sentimientos/emociones y pensamientos/motivaciones, nuestras y de los demás. Ello promueve un aprendizaje colaborativo, ya que los factores que pueden influenciar el aprendizaje, también son agentes del efecto de la experiencia reflexiva se extienda a los demás.

Es decir, que pueda influir en el entorno, como por ejemplo, la empatía. Promueve así la ampliación del campo de acción y la complementación de roles (docente, aprendiz, entre aprendices).

Este modelo tiene una visión constructivista del aprendizaje, ya que no se centra solo en el acceso a la pluralidad del punto de vista, sino en la capacidad de movilizar, el aprendizaje, la ayuda y la interdependencia positiva. Es un modelo que tiene semejanza con el de Kolb, pues también tiene un formato de bucle una vez terminado el proceso reflexivo de un conocimiento o experiencia, la propia puesta a prueba del nuevo conocimiento genera otro ciclo de reflexión.

El Modelo de Gibbs está compuesto de seis etapas consecutivas: la descripción/conocimiento nuevo, valorar sentimientos y emociones, contraste lo vivido/aprendizaje previo, análisis/valoración de la situación/conocimiento actual, conclusión, plano de acción/cambio (Véase figura 2).

Figura 2. Descripción del ciclo aprendizaje reflexivo basado en el modelo de Gibbs.



Elaboración propia. Basado en el modelo de Gibbs (Brockbank y McGill, 2002).

El uso del pensamiento reflexivo en enfermería es de vital relevancia ya que no solo contribuye a la valoración del acto/acción, sino también da la oportunidad de revalorar las estrategias, describir nuevas alternativas teniendo en cuenta todos los factores relacionados (objetivos y subjetivos) (Alves, Mathias Dessunti y Campos Oliveira, 2013). Las estrategias de aprendizaje reflexivo más usadas en enfermería son: enfermería basada en evidencia, aprendizaje basado en problemas (ABP), portafolio, Journal/ Journaling, diarios reflexivos y narrativas escritas, sistemas de respuesta personal SRP o Clickers (González y Pujolà, 2007; Ricomé Muntané, 2016).

En la práctica enfermera el pensamiento reflexivo contribuye a la construcción del pensamiento enfermero, ya que da una visión panorámica de la situación, identifica los puntos clave sin perder de vista lo esencial.

El hecho de que en la práctica clínica, enfermería se encuentre con varios procesos (salud/enfermedad) duelos, hospitalización y que algunos sucedan simultáneamente, exige del profesional de enfermería un saber hacer pero también un saber ser. La práctica reflexiva contribuye a la construcción del saber profesional (Alarcão y Rua, 2005).

Por todo lo citado anteriormente, el modelo reflexivo que más se adapta a las características del programa de SMP es el modelo de Gibbs. Además, posibilita usos estratégicos que promueven en los participantes realizar y elaborar estrategias para el cambio con el enfoque a fomentar los factores de SMP.

3.1. Aprendizaje mediante el método B-Learning.

En España, desde que se implantó el Plan Bolonia y comparte el Espacio Europeo de educación superior (EEES), las asignaturas tuvieron que adaptarse a este nuevo cambio. La introducción de las TICs se fue ampliando dando origen a varios estudios relacionados con la innovación docente, edublog, Web 2.0., diarios, Wikis, herramientas de agregación, espacios para compartir videos, webs sociales y los cursos masivos abiertos en línea MOOC (massive open online course), (Aguiar Perera, 2007; Cela, Fuertes, Alonso y Sánchez, 2010), donde se pueden crear grupos afines (Aldeguer Cerdá, Candela Sevilla, Llorca Asensi, Romero-Tarín y Merma Molina, 2015). Los beneficios del uso de las TICs como herramienta de soporte de aprendizaje han sido varios, tales como: la flexibilidad, accesibilidad, dar autonomía al participante en su aprendizaje, acceso a la información y recursos, facilidad de hacer seguimiento de las actividades y su evaluación. Además de favorecer el proceso de aprendizaje como un proceso activo (Martín-Blas y Serrano-Fernández, 2009; Muñoz, Matus, Pérez y Fasce, 2016).

El *Blended Learning* (B-Learning), es una estrategia de aprendizaje en la que se utilizan las TICs en entornos educativos en los que el entorno de aprendizaje tiene lugar en dos modalidades, virtual y presencial, lo que hace que el aprendizaje tenga características organizativas en las que se tienen en cuenta aspectos emocionales del aprendizaje como son: el contacto humano, la comunicación en grupo. El E-Learning es el uso de las TICs como vehículo de aprendizaje y conocimiento, normalmente dentro de un entorno institucional reglado, sea este presencial o virtual (Bonk y Graham, 2004; Graham, 2005).

Las estrategias usadas han sido varias en relación al uso de las tecnologías en general. Es muy usada la modalidad E-learning, que es una modalidad en la que las TICs son empleadas dentro del aula, es decir, de manera presencial y virtual, como soporte en el espacio físico (Aula, Instituciones). En el *Blended Learning* (B-Learning) se utiliza la enseñanza

presencial y las TICs no como soporte en el aula sino adoptándola con estrategias de aprendizaje usando espacios virtuales fuera del aula, de manera que no es necesaria la presencia en un espacio reglado (instituciones), (Graham, 2005).

La Blended Learning posibilita el uso de varias metodologías de aprendizaje ya que combina varias posibilidades de estrategias tanto presenciales como virtuales, aumenta la posibilidad de socialización y trabajo en grupo y aprendizaje cooperativo y transformador (Aiello y Cilia, 2004; Turpo Gebera, 2013).

En enfermería la utilización de las TICs como herramienta de apoyo en aprendizaje y docencia es amplia, ya que su empleo posibilita la aplicación de diferentes metodologías de aprendizaje como aprendizajes basados en problemas las PBL (Problem Based Learning) y sistemas de respuesta personal SRP y otros. Cada vez más, enfermería está introduciendo en las intervenciones el formato B-Learning en utilizar a diferentes medios sea el Wiki o aplicaciones móvil (García Puig y Torrenteras Herrera, 2013). Además actualmente definen las TICs que se utiliza para la mejora del bienestar personal y las interacciones sociales de tecnología positiva (Distéfano, O'Conor, Mongelo y Lamas, 2015).

Los estudios que utilizaron las TICs para trabajar las emociones demostraron ser una buena herramienta para trabajar no solo conocimientos operativos, sino también competencias transversales, tales como las emociones, la autoestima, el trabajo colaborativo. (Soares, Ferré-Grau y Lluch-Canut, 2015; Alemany Martínez, 2007; Sánchez Olavarría, 2015). Por los motivos antes expuestos el método B-Learning fue el seleccionado para aplicar las estrategias basadas en la metodología reflexiva.

Justificación del estudio

Cap. 4. Justificación del estudio.

La Asignatura de SMP es nueva en el plan de estudios, se imparte desde hace seis años con un contenido que al principio se fue adaptando a las necesidades de los estudiantes, las actualidades en el tema y al plan curricular. Anteriormente, no existía un temario establecido en esta materia ya que se trata de una experiencia pionera en España en el área de Enfermería. Una vez se identificaron las necesidades y las prioridades, se elaboró un planing estable de la asignatura. Entré a participar en el equipo de profesoras (Dra. Carme Ferré-Grau y Sra. Anna Palomino) que ya impartían esta asignatura, en 2010. Personalmente supuso una experiencia que me ofreció una perspectiva diferente que me mostraba unos conocimientos aplicables no solo en lo laboral, puesto que observé que se podían aplicar con el objetivo de potenciar lo mejor de nosotros.

En esta asignatura se entiende la salud mental con ausencia de patología psiquiátrica, de manera que todos los que realizan la asignatura entendemos que lo que se imparte también se refiere a nuestra salud mental. Eso suele despertar mucho interés en los estudiantes. La visión de la salud mental tradicional nos hace distantes e impersonales, pero en esta asignatura, esta distancia se acorta. Fruto de las observaciones, hemos identificado muchas expresiones de desconocimientos en relación a la normalidad y cómo manejar las cosas que son normales, ya que no hay protocolos para la normalidad a diferencia de la patología que está estudiada y tiene pautas. En esta asignatura, como acertadamente afirmó una estudiante, uno tiene la sensación de descubrirse a sí mismo y a los demás y de disponerse a manejar su propia vida, para así poder comprender a los otros.

Se elaboró un programa de enseñanza en Salud Mental Positiva en 2014, que daba un paso más, enfocado a la enseñanza y también a la promoción y prevención en Salud Mental Positiva en estudiantes del grado de enfermería (Ferré-Grau, Soares de Carvalho, Palomino-Martinez y Lluch-Canut, 2014).

Con el objetivo de evaluar su impacto fue realizado un proyecto piloto en el curso 2014-2015 derivado de un Proyecto de innovación docente (Ferré-Grau, Soares de Carvalho, Palomino-Martínez y Lluch-Canut, 2014).

El hecho de haber acompañado la evolución de la asignatura y el resultado del proyecto piloto en SMP, me motivó a cambiar el tema de tesis doctoral hacia el campo de la promoción y prevención en SMP dirigido a los profesionales de enfermería. Como enfermera, soy consciente de que somos uno de los colectivos de primera línea en relación al déficit en salud mental (bajas por depresión). Tras indagar en varias universidades si existían asignaturas que estaban dirigidas a la promoción de la Salud Mental Positiva o de los aspectos positivos de la salud mental, únicamente las hemos hallado explícitamente en dos universidades (Rovira i Virgili y Andorra, en que se realizó por el mismo equipo).

No se han hallado otros programas específicos para fomentar la Salud Mental Positiva en estudiantes de enfermería en la formación universitaria que forma parte del plan curricular. La literatura refiere varias estrategias dirigidas a las emociones, medidas psicosociales, pero no específicamente relacionadas a promover factores de Salud Mental Positiva, y todavía menos un programa dentro de una asignatura en el grado de enfermería en España. Lo que da un valor novedoso al programa, pues intenta dar respuesta a una campo aún no explorado en la promoción y prevención en Salud Mental Positiva.

Objetivos de la investigación e hipótesis.

Cap. 5. Objetivos de la investigación e hipótesis.

Objetivo general.

1. Evaluar la efectividad del un programa de promoción y prevención de la Salud Mental Positiva (SMP).
2. Analizar el aprendizaje significativo en las vivencias de los participantes en relación al programa de SMP.

Objetivos específicos.

1. Analizar las características sociodemográficas y de salud de la muestra.
2. Analizar los niveles de Salud general y resiliencia antes y después del programa.
3. Analizar los niveles de la Salud Mental Positiva global y por factores antes y después del programa.
4. Analizar las diferencias pre-post de los valores de SMP, Resiliencia y Salud General.
5. Identificar y describir el proceso de aprendizaje en relación a las diferentes dimensiones de Salud Mental Positiva y su evolución antes y después del programa impartido.
6. Analizar el aprendizaje significativo en las vivencias de los participantes en relación al programa de SMP, como resultado de la reestructuración cognitiva y emocional, teniendo en cuenta la metodología reflexiva y el método B-Learning.
7. Evaluar el programa desde el punto de vista del participante.

Hipótesis.

H1: El programa de promoción y prevención en Salud Mental Positiva ayuda a mantener un nivel de Salud Mental Positiva y de resiliencia alto.

Metodología de la investigación.

Cap. 6. Metodología de la investigación.

6.1. Diseño.

Metodología

Método mixto cualitativo fenomenológico y cuantitativo (caso-control), ya que hay más cantidad de estudios cuantitativos y/o cualitativos sobre los conceptos relacionados con la Salud Mental Positiva y pocos estudios mixtos. Es importante, desde el punto de vista del fenómeno estudiado. Con los dos métodos se podrán correlacionar los datos encontrados, enriqueciendo más el estudio ya que la metodología cualitativa viene a complementar la parte que se quede sin explicación clara en la metodología cuantitativa.

Ámbito del estudio

El escenario en el que se realizó el estudio es en las asignaturas Salud Mental Positiva y Enfermería en situaciones complejas de Salud Mental que se imparten en el grado de Enfermería en la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona).

El estudio en el G. intervención se realizó con participantes matriculados en la Asignatura Optativa del Grado de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili (URV), con un total de tres créditos siendo uno teórico y dos seminarios. Además de semipresencial, es decir, tenía una parte que se desarrollaba en el espacio virtual de aprendizaje de la URV *moodle* (http://www.urv.cat/campusvital_moodle) y otra parte presencial que se realizaba en el Campus Catalunya en Tarragona (Véase anexo 4). Normalmente, el día de la semana que se realizaban las clases teóricas y seminarios era el martes, duraron tres horas de las cuales una hora era teoría y dos horas era de seminario. Esta asignatura tenía una media de cincuenta participantes matriculados por curso, y mayoritariamente de tercero de enfermería.

En el G. control los participantes estaba matriculados en la asignatura

obligatoria de Enfermería en situaciones complejas de Salud Mental del Grado de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili (Campus Tortosa). Con un total de 6 créditos. Se trata una asignatura presencial, distribuida en tres partes: clase teórica, seminarios y prácticas en laboratorios. Las clases fueron realizadas en el 2º cuatrimestre del curso. La media de participantes matriculados era de 60 por curso y estos procedían mayoritariamente de tercer curso de enfermería.

Población muestra

La población objeto de estudio fueron participantes del grado enfermería que aún no habían recibido conocimientos sobre los conceptos relacionados con la salud mental, ni salud mental positiva. El muestreo era por conveniencia pendiente de la cantidad de estudiantes matriculados en las asignaturas elegidas.

El total de participantes del estudio fue de 118, siendo 60 del G. intervención y 58 del G. control. En el G. control fueron excluidos los participantes que no participaron en todas las etapas del estudio.

La muestra del G. intervención estuvo formada por 60 participantes del tercer curso de Grado de Enfermería de la universidad Rovira i Virgili de Tarragona, Campus Catalunya, curso 2014-2015, y del Campus Comarruga, curso 2015-2016 de la asignatura Salud Mental Positiva.

La muestra del G. control la formaban 58 participantes del tercer curso de enfermería del Campus Terras de l'Ebre, perteneciente a la universidad Rovira i Virgili, curso 2014-2015, de la asignatura de Enfermería en Situaciones Complejas de Salud Mental.

Criterios de exclusión.

1. No aceptar participar en el estudio.
2. No estar matriculado en las asignaturas incluidas en el estudio.
3. No participar en todas las etapas del estudio.

Criterios de inclusión.

1. Estar matriculados en las asignaturas incluidas en el estudio.
2. Firmar el consentimiento informado.

Variables objetivo de estudio

Variable dependiente Salud Mental Positiva.

La variable dependiente principal es la Salud Mental Positiva que se conceptualiza con el modelo multifactorial de referencia de Lluich-Canut (1999). El modelo consta de seis dimensiones con sus criterios definitorios. (Véase en el programa anexo 1).

Se realizó un análisis global del constructo. Siendo así un total de siete variables para valorar la variable dependiente SMP. Teniendo en cuenta el nivel global de SMP presente en el modelo de referencia y los seis factores específicos.

Se utilizó también la variable Resiliencia definida por la Escala de resiliencia de diez ítems (Valor global), para complementar la evaluación de la SMP ya que la resiliencia constituye un aspecto positivo de la salud mental. (Véase en el programa anexo 1).

Además de la variable Salud General (*General Health Questionnaire*) que se define en el cuestionario GHQ-12, teniendo como referencia el valor global. (Véase anexo 3).

Variable Independiente: Programa de promoción y prevención en Salud Mental.

La variable independiente es el programa de promoción y prevención en SMP. Además, se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas (edad, sexo), laborales y de salud. (Véase anexo 2).

6.2. Instrumentos.

Los instrumentos para la recogida de información fueron: Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch-Canut (1999), Escala de Resiliencia de Connor-Davidson diez ítems (Serrano-Parra, et al., 2013), y el cuestionario Goldberg (GHQ 12) de doce ítems, formulario sociodemográfico (información cuantitativa); y las actividades generadas de los seminarios, del Fórum Reflexivo y actividades (la información cualitativa). (Véanse los instrumentos en el anexo 1, 2 y 3).

Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP).

Este instrumento fue el resultado de una tesis doctoral, la ya citada de la Dra. Lluch-Canut (1999). El cuestionario de Salud Mental Positiva fue validado en una muestra de 387 estudiantes. El hecho de haber sido validada en una muestra de estudiantes de enfermería corroboraba la adecuación de la herramienta para medir el fenómeno, ya que este estudio también se trabajó con una muestra de estudiantes de enfermería.

El cuestionario tiene 39 ítems planteados con afirmaciones (positivas y negativas) con posibilidad de cuatro respuestas posibles: siempre o casi siempre, con mucha frecuencia, algunas veces, nunca o casi nunca. El índice de especificidad interna es superior a 0,25. El constructo en el análisis factorial de los factores explicó un 46,8 de la varianza total de la escala, el peso de cada ítem fue de 0.40 o superior. La correlación entre los factores con la escala global, presentó valores significativos, es decir, $p < 0,05$ (Lluch-Canut, 2002b). (Véase el instrumento en el anexo 1).

La fiabilidad del cuestionario se valoró con el alfa de Crobach, siendo de 0.91 y para los factores variaba desde: factor 1 (0.83) a factor 2 (0.58) (Lluch-Canut, 2002b).

Para realizar el análisis hay que tener en cuenta que los ítems negativos habían de ser invertidos. El cuestionario facilita realizar una puntuación total (156), pero también se podía realizar por factores. El resultado de la escala se valoró conforme el resultado encontrado, el rango mínimo y máximo va desde 39 a 156 puntos. Los valores máximos se asocian a una elevada Salud Mental Positiva y los valores bajos a una baja Salud Mental Positiva. (Véase tabla 8).

Tabla 8. Descripción del cuestionario CSMP.

F1. Satisfacción personal	4*,6,7,12,14,31,38,39	8-32
F2: Actitud prosocial	1, 3, 23*, 25*, 37*	5-20
F3: Autocontrol	2, 5*, 21*, 22*, 26*	5-20
F4: Autonomía	10, 13, 19, 33, 34	5 - 20
F5: Resolución de problemas y autoactualización	15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36*	9 - 36
F6: Habilidades de relación interpersonal	8, 9, 11*, 18*, 20*, 24, 30	7 - 28
CSM+ Total	1 al 39	39 - 156

- Ítems invertidos.

Fuente: LLuch-Canut (1999).

Escala Resiliencia 10 ítems (CD-RISC 10).

La escala de resiliencia Connor–Davidson de diez ítems (CD-RISC 10) validada en España por la Dra. M^a. Serrano-Parra, es una escala tipo Liker, con cuatro respuestas posibles (0 en absoluto, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo y 4 casi siempre). Consta de una dimensión. El rango iba de 0 a 40, no había punto de corte, se entiende que cuanto más puntuación mayor resiliencia. La escala fue validada en una muestra de personas mayores y presentó buenas propiedades psicométricas para la valoración de la resiliencia, con valor de α Cronbach de 0,81 y en la correlación media entre ítems fue de 0,29, el valor más bajo fue de 0,15 y el valor más alto de 0,96. El rango de correlación ítem escala total fue de 0,33 a 0,63 (Serrano-Parra, et al., 2013). (Véase el instrumento en el programa en el anexo 1).

Cuestionario Goldberg 12 ítems (GHQ 12).

El Cuestionario General de Salud (GHQ 12), fue desarrollado por Goldberg y Williams (1996), el método es auto-administrado. Está estructurado en formato de doce preguntas, siendo seis positivas y seis negativas. Las preguntas admiten cuatro posibles respuestas, a la hora de analizar se pueden tener valores tipo Likert, cuyos valores son 0,1, 2, 3. Este valor de las respuestas también puede ser transformado en valores dicotómicos, es decir, la conocida puntuación *General Health Questionnaire* (GHQ), que son 0, 0, 1, 1. En este estudio sobre el programa de SMP se utilizó el formato Likert 0,1,2,3. (Véase el instrumento en el anexo 3).

El formato GHQ 12 tiene el valor del alfa de Cronbach que varía de 0,82 a 0,86 como indica el estudio realizado por ambos autores. En los estudios realizados en España el valor de fiabilidad fue de 0,76. (Sánchez-López y Dresch, 2008). El nivel de consistencia interna de la GHQ 12 en otro estudio realizado en población española obtuvo un valor de $\alpha = 0,86$ y en los mayores de 65 $\alpha = 0,90$, tanto en la puntuación Linkert como en la GHQ.

En este mismo estudio el análisis de validez externa mediante el análisis *Chi-cuadrado de Pearson* (χ^2) entre la puntuación GHQ-12 y dos variables de la ansiedad y depresión, presentaron resultados significativos $p < 0,001$ (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011).

El cuestionario GHQ 12 fue utilizado como cribado de posibles trastornos en SM, en centros de atención primaria y en diversos estudios, pero no se trata de una herramienta diagnóstica, sino de cribado (Rajmil, Gispert Magarolas, Roset Gamisans, Muñoz Rodríguez y Segura Benedicto, 1998; Molina Linde, Sánchez Hernández, Rubio y Uribe Rodríguez, 2005). Los estudios indican que es un instrumento unidimensional (Campbell y Knowles, 2007; Goldberg y Williams, 1996). En relación al punto de corte, cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el malestar psicológico.

En España, el punto de corte es a partir de 2, es decir, superior a este valor aumenta la probabilidad de padecer problemas relacionados con la salud mental (Rajmil, et al., 1998; González e Ibáñez, 2001). Se seleccionó este cuestionario debido a que es una buena herramienta, y muy usada para evaluar la efectividad de programas de promoción en SM y la asociación de la SM con otros indicadores de salud como son en este estudio los aspectos positivos de la SM.

6.3. Aspectos éticos.

Respecto a los aspectos éticos, se informó a los participantes y se solicitó el consentimiento informado (Véase anexo 5). Además, se dirigió una petición de consentimiento a la dirección de la Facultad de Enfermería, que dio la autorización. También fue concedida la autorización por la Dra. Lluch-Canut para el uso de la escala de Salud Mental Positiva y decálogo, además de la Dra. Serrano-Parra para la escala de Resiliencia en este estudio. Se obtuvo la colaboración y autorización de las profesoras colaboradoras y coordinadoras de las asignaturas, así como el uso del programa de referencia en SMP (Véase anexo 6).

Se ha respetado la confidencialidad de los datos conforme el art. 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Se informó de que los datos eran confidenciales y se iban a utilizar para el presente estudio.

Se explicó al estudiante que el estudio no causaba ningún perjuicio, se le informó de que su colaboración era estrictamente voluntaria y de que la información recogida sería confidencial y se utilizaría exclusivamente para la investigación. Los cuestionarios de respuestas fueron codificados con siglas aleatorias y enumeradas, y, por tanto, eran anónimos. En caso de que hubiera alguna duda sobre el uso podían hacerse preguntas, igualmente se podía retirar el consentimiento en cualquier momento sin que esto perjudicara en nada (Véase los anexos 5).

6.4. Procedimientos intervención.

Grupo Control (G.C) Campus Terra de l'Ebre.

En el grupo control no se realizó intervención, ya que servía como referencia en la que se podrían identificar las diferencias y correlaciones de los resultados Cuantitativos observados en el G. intervención. Se pasó el cuestionario de Salud Mental Positiva, Resiliencia y Goldberg a los participantes en el inicio del programa (fase pre) y al final (fase post) de esta con el objetivo de identificar los cambios surgidos.

G. Intervención/experiemental (G. Exp.) Campus Catalunya y Campus Comarruga.

En el G. intervención se realizaron un total de siete intervenciones distribuidas durante el período del programa (asignatura). Estas tenían carácter presencial y virtual (fórum reflexivo), divididas en tres partes; las clases magistrales participativas, los seminarios presenciales y el Fórum Reflexivo. (Véase programa completo anexo 1).

Para evaluar el impacto se les pasó el cuestionario de Salud Mental Positiva, Resiliencia y Goldberg a los participantes en el inicio del programa (fase pre) y al final (fase post) de esta, con el objetivo de identificar los cambios surgidos.

Se recogió el material a analizar, a través de las actividades generadas de los seminarios y experiencias en las clases teóricas ya que eran participativas, y el Fórum Reflexivo.

En general se trataba de trabajos cortos que fomentan la autorreflexión, el análisis y construcción de nuevos pensamientos, percepciones y conocimientos. El material se compartía en el Fórum reflexivo, además de la entrega individual. El análisis del discurso de las actividades, así como las aportaciones en el fórum, ayudaba a comprender y percibir las vivencias durante las intervenciones. Todo ello facilitaba, junto con los datos cuantitativos, una triangulación de los datos. Lo que ayudaba a aumentar la fiabilidad de la investigación. Véase programa completo en anexo 1. (Véase figura 3).

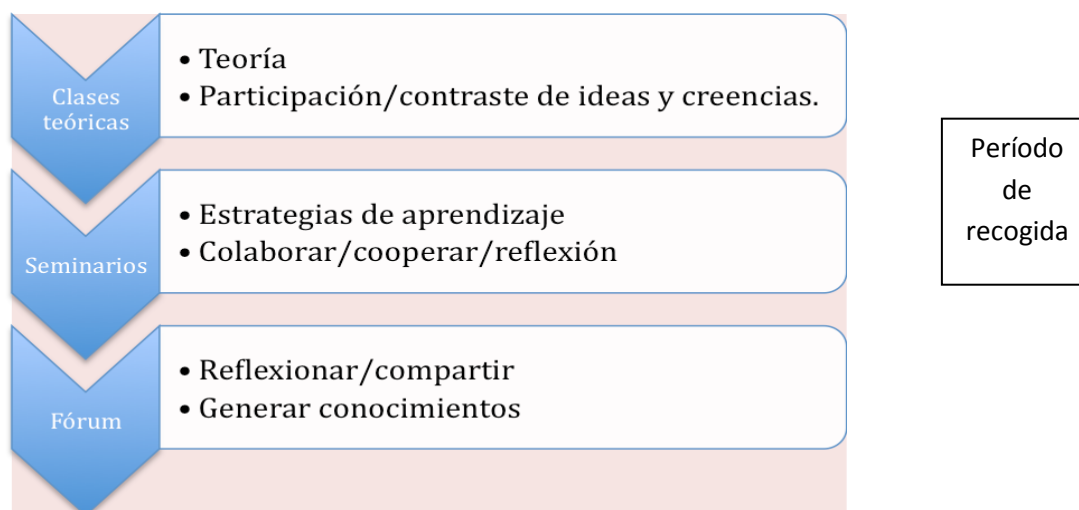
Figura 3. Fases del procedimiento de recogida de datos cuantitativos.



Las intervenciones en SMP que proporcionaron los datos cualitativos, estaban divididas en tres partes, una en la que el participante recibía conocimientos sobre el tema a través de una clase magistral participativa y otras dos en las que, a través de las estrategias de aprendizaje, se profundizaba el contenido a través de los seminarios presenciales y el Fórum Reflexivo. Las partes del proceso de aprendizaje aplicado en esta metodología estaban planificadas para inducir el aprendizaje reflexivo y generar conocimiento, que es lo que produce el aprendizaje significativo. En esta fase de intervención, la recogida de información se realizó teniendo en cuenta las actividades en el seminario. También se tuvo en cuenta el material generado de las actividades realizadas en el Fórum reflexivo.

Fueron un total de siete clases teóricas, seis seminarios y siete actividades de fórum. Cada intervención contaría con un conjunto de estrategias (clase teórica + seminario + fórum). Estando todos relacionados: contenido teórico, estrategias seminarios y actividad Fórum (Véase figura 4).

Figura 4. Momentos de recogida de datos cualitativos.



Total de momentos de recogida: seis seminarios presenciales, siete clases teóricas y siete fórum.

En cada tema teórico se trabajaban factores de SMP y varios valores positivos, que están divididos conforme la estrategias de aprendizaje

empleadas. (Véase el programa detallado en el anexo 1).

El Cronograma del Programa se adaptó al período lectivo de la asignatura optativa Salud Mental Positiva en los cursos 2014/2015 y 2015/2016. La realización del programa y la recogida de datos, comprendía el período 2015. El grupo control (G. C. Tortosa) e intervención Campus Catalunya (G. Exp.), se recogió en el primer cuatrimestre del año natural y el G. intervención Campus Comarruga (G. Exp.), se recogió el segundo cuatrimestre del mismo año.

Clases teóricas (adquisición de conocimientos).

El aprendizaje fue colectivo, ya que las clases, seminario y fórum eran participativos. De este modo, se perseguía que los participantes reflexionaran y conocieran otros puntos de vista. Las relaciones necesarias para alimentar el aprendizaje críticamente reflexivo son muchas y no unidireccionales, entre investigadora y participantes, y, recíprocamente, entre los propios participantes. Para la introducción del nuevo conocimiento al aprendiz, el punto de partida es su conocimiento previo.

A partir de esta premisa, se empieza a conectarlos con los conceptos que se deseaba exponer, usando estrategias que fomentan la participación, como por ejemplo: en las clases empezábamos la introducción del contenido con una pregunta abierta. La selección de las aportaciones realizadas en las clases magistrales participativas, que eran útiles para la introducir el conocimiento. Podía variar, ya que el participante podía hacer tanto una afirmación adecuada, como su respuesta podía no estar elaborada o estar completamente incorrecta.

Si la respuesta era adecuada, se intentaba reforzarla con los argumentos científicos y exponer nuevos conceptos relacionados. En caso de estar mal elaborada, la elaborábamos de manera adecuada con su ayuda, para que los mismos fuesen capaces de identificar en qué parte de la respuesta los argumentos no quedaban claros.

Pero si la respuesta era incorrecta, tendríamos que explicar la definición o respuesta correcta y, además, hacer reflexionar al participante sobre lo que le llevó a pensar esta respuesta. Los contenidos de las clases teóricas estaban descritas en el programa. (Véase anexo 1).

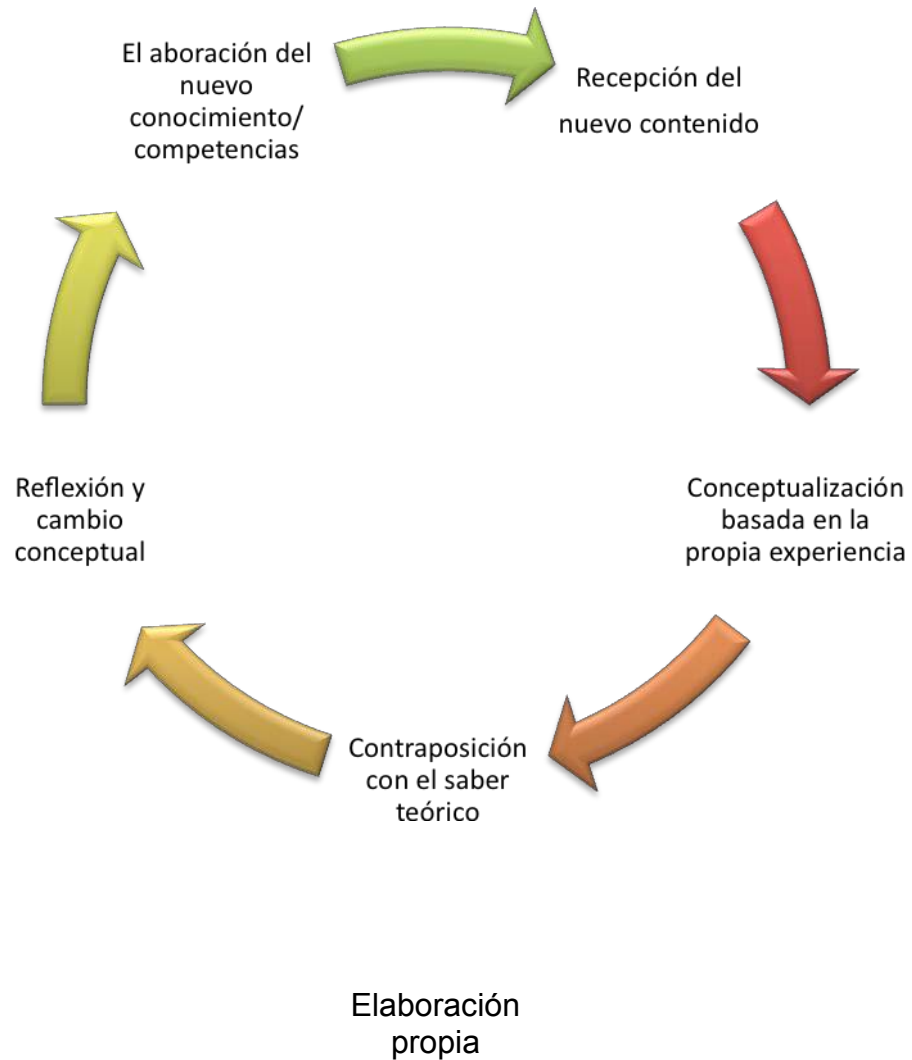
El proceso reflexivo y las intervenciones.

La planificación de las intervenciones tenía como punto de partida el contenido que se pretendía impartir y los factores de SMP que se deseaban desarrollar o mejorar.

La relación entre las actividades estaban planificadas con la intención de que se complementasen, habiendo una mezcla de actividades dinámicas y reflexivas. Aclararemos que, aunque muchas actividades partían de una actividad individual, todas estaban dirigidas a que se compartieran sus resultados. Así, se perseguía que los participantes reflexionasen y conociesen otros puntos de vista. Fomentaron las relaciones necesarias para alimentar el aprendizaje críticamente reflexivo en muchas ocasiones, y estas no fueron unidireccionales, entre profesora y participantes, sino también entre participantes-participantes y participante y entorno.

En la metodología reflexiva el efecto de la intervención se produce de la siguiente manera (véase figura 5, abajo): en la primera parte de la intervención el participante recibe el conocimiento (nuevo contenido), en los seminarios intentamos que el participante contraste este conocimiento con su propia experiencia. Con la realización de las actividades Fórum se produce la contraposición de sus creencias y actitudes con el nuevo conocimiento, a través de la reflexión en grupo se produce la reflexión conceptual, donde hay un cambio conceptual de conocimientos produciendo una nueva manera de pensar y de actuar basado en un conocimiento y competencias en Salud Mental Positiva.

Figura 5. Proceso de aprendizaje reflexivo.



6.5. Proceso de análisis cualitativo y cuantitativo.

Análisis Cuantitativos.

Los datos cuantitativos fueron analizados mediante análisis descriptivos y correlacionales. Para ello se realizó el análisis de la siguiente manera:

En los resultados sociodemográficos se analizaron la media, la desviación estándar (DE) y el Chi cuadrado de Pearson (χ^2).

En el análisis descriptivo del CSMP Global y por factores, CD-RISC 10 y estado GHQ 12, se realizaron las pruebas del Chi cuadrado de Pearson (χ^2), Desviación estándar (DE) y para el valor de p el t de Student Fisher.

Para analizar la diferencia pretest y posttest se realizó la prueba del chi-cuadrado y t Student. Es decir, para comprobar si había mejora en relación a la Resiliencia, Salud general y Salud Mental Positiva se analizaba la diferencia antes y después del programa, comparando las medias totales y por factores en el caso del CSMP.

Análisis Cualitativos.

Para la realización del análisis de los datos cualitativos se tuvo como referencia la teoría fundamentada.

El material provenía de las actividades generadas desde el seminario y el Fórum Reflexivo, para el análisis se observó la conveniencia de utilizar un método mixto, (inductivo y deductivo) el primero consistió en elaborar las categorías a partir de la lectura del material entrevistado y deductivo en el que las categorías fueron establecidas a priori, eran los factores de SMP (satisfacción personal, actitud, autocontrol, autonomía, resolución de problema y auto-actualización, habilidad de relaciones interpersonales).

El análisis disponía de flexibilidad en relación a la categorización, debido a que se utilizaba el análisis deductivo, porque ya tiene categorías preestablecidas e inductivas ya que también tenía en consideración las categorías que podían emerger o subcategorías resultado de inferencias.

El análisis cualitativo estaba formado por cinco etapas:

En la primera se organizó el material procediendo a la codificación y identificación de los relatos de los participantes, además del almacenamiento por actividades.

En la segunda etapa se realizó en un primer momento una lectura superficial para tener una visión general del contenido y de las posibles clasificaciones. Seguidamente, se realizó una segunda lectura, en esta, se identificaron conceptos (definiciones de las categorías) que serían usados como código de unidades de análisis, por ejemplo: creencias sobre uno mismo. (Véase figura 7 del modelo de análisis).

En la tercera lectura se procedió a la categorización. En las categorías cada unidad de registro tiene su propio código. Hay dos tipos de códigos, que corresponden a las categorías. Los códigos descriptivos reúnen un conjunto de características de la unidad de análisis. Por ejemplo: creencias sobre uno mismo *“Creo que tengo la capacidad de valorar positivamente las cosas que tengo en mi vida y de poner cariño en las actividades de la vida cotidiana”*. En este ejemplo se puede considerar codificar con dos códigos la misma unidad de análisis. Los conceptos relacionados con uno mismo y su interacción con el entorno, que tienden a tener un aspecto más explicativo ya que da una información ampliada.

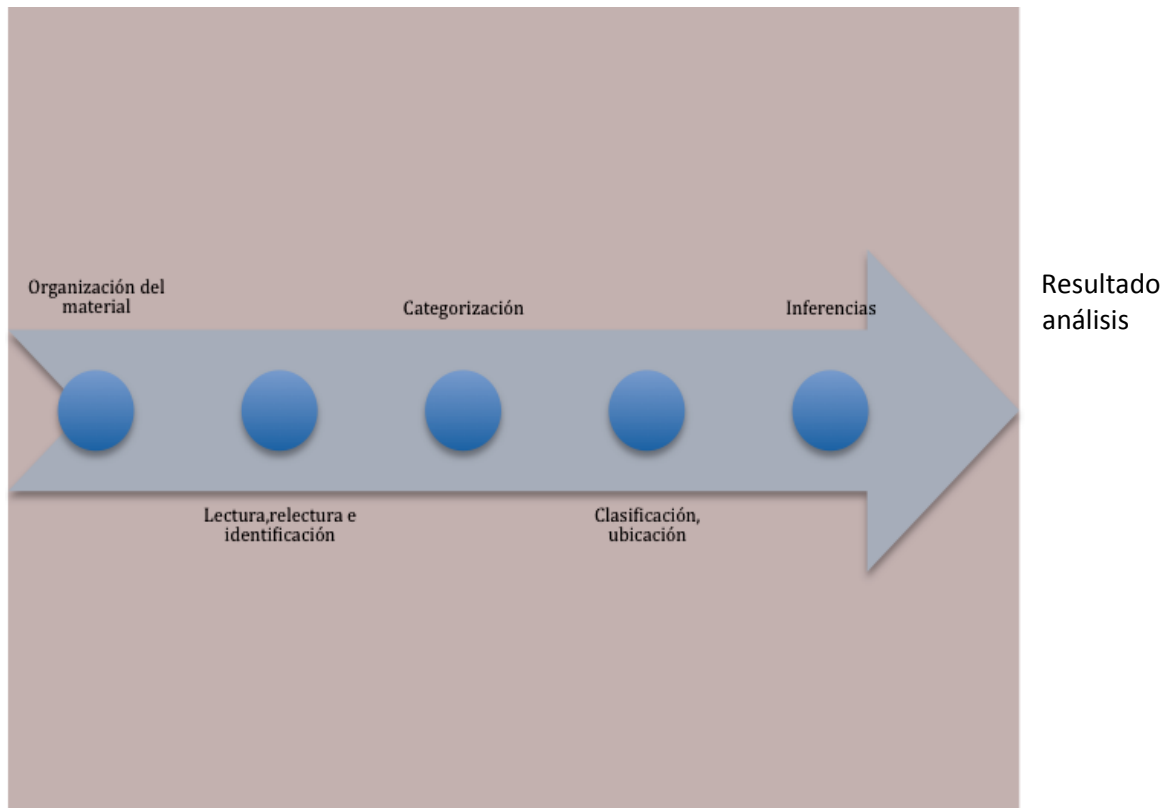
La unidad de registro presentaba similitud de significado. Mientras los códigos explicativos, que corresponden a categorías tienden a dar más información y facilitan las inferencias, ya que suelen dar un contenido de información con mayor carga interpretativa. Por ejemplo: *“Valoración positiva sobre uno mismo y sobre su vida”*, *“en mi caso, depende del momento anímico que me encuentre, ya que hay días que sí que valoró positivamente la suerte que he tenido en mi vida, y los grandes momentos que he vivido, en cambio hay días que pienso que mi vida no vale la pena, ya que he tenido un mal día o simplemente no estoy de humor.”*

Una vez realizada la categorización identificando categorías y subcategorías, y la selección de las unidades de análisis, se elaboraron unos modelos de análisis, que facilitaban la clasificación y sistematización de la información. (Véase ejemplo: categoría satisfacción personal, en la figura 7).

En la cuarta etapa se realizó la clasificación y ubicación de las unidades en sus categorías. La clasificación de las unidades de análisis en las categorías y subcategorías se realizó manteniendo los criterios establecidos en dichos modelos.

En la quinta se procedió a la realización de inferencias, con el propósito de identificar correlaciones entre categorías y subcategorías, respuestas a las preguntas de investigación e interrogantes que puedan emerger, finalmente se realizaba la elaboración de un primero redactado de resultado cualitativo (Véase la figura 6).

Figura 6. Etapas de análisis del discurso.



Los modelos deductivos tienen la flexibilidad para la introducción de nuevas categorías provenientes del método inductivo aunque se tiene en cuenta los factores de SMP y la definición de los mismos. Los modelos fueron referencia en todos los factores de Salud Mental Positiva, siguiendo la misma dinámica de análisis. Todos los modelos con las categorías y sus definiciones están expuestos en el apartado resultado del análisis cualitativo. (Véase figura 7).

Figura 7. Modelo deductivo categoría Satisfacción personal.



El análisis inductivo se realizaba a partir de los hechos que se repiten en el discurso, estos hechos fueron registrados en unidades y posteriormente fueron analizados y clasificados. Las unidades de registro fueron categorizadas buscando identificar su relación con las dimensiones y categorías existentes o se planteó la necesidad de pertenecer a otras dimensiones y categorías nuevas para ordenarlas mejor.

Se siguió la misma planificación en todas las etapas de análisis. Las categorías generadas del proceso inductivo posibilitaron evaluar el impacto del programa en relación a la prevención y promoción y el aprendizaje significativo.

Resultados y discusión análisis cuantitativo

Cap 7. Resultados y discusión análisis cuantitativo

7.1. Resultado análisis de los datos Cuantitativos.

La exposición de los resultados cuantitativos se presenta teniendo en cuenta los objetivos presentados en este trabajo de investigación.

La exposición de los resultados, empezó por el análisis descriptivo de la población estudiada, y también informando sobre las características de la población; el G. intervención (Campus Catalunya y Penedès) y el G. control (Terres de l'Ebre), en relación a la homogeneidad de estas a partir de los cuestionarios y escalas (CSMP y GHQ 12, CD-RISC 10) en la fase pre.

Seguidamente, fase post intervención en que se realizó el contraste de antes y después de la intervención en las dos muestras (control e intervención). Por último, se analizaron las diferencias pre test y post test de las dos muestras.

Tal y como se ha indicado anteriormente, antes de examinar los resultados se recalca que el análisis del cuestionario CSMP, tuvo en cuenta el cambio de valores en los ítems considerados negativos, es decir, los valores (1, 2, 3, 4) que fueron valorados en la escala conforme la opción de respuesta (siempre o casi siempre, con mucha frecuencia, algunas veces, nunca o casi nunca) y el orden de respuesta que presentaba el cuestionario. En los ítems invertidos el valor cambiaría en el orden decreciente (4, 3, 2, 1). El resultado de la escala se valoraba conforme el resultado encontrado, el rango mínimo y máximo va desde 39 a 156 puntos. Los valores máximos se asocian a una elevada Salud Mental Positiva y los valores bajos se asocian a una baja Salud Mental Positiva.

Resultados características sociodemográficas, laborales y de Salud de la población estudiada.

Los resultados de las variables sociodemográficas, laborales y de salud se presentan en la tabla 9. Se realizó un análisis de todos los parámetros, el análisis de media, la desviación estándar (DE), el Chi cuadrado de Pearson (χ^2). Como se observa, la muestra corresponde a una distribución dentro de la normalidad, se utiliza la t de Student Fisher y el Test exacto de Fisher para el cálculo de p . Véase table 9.

Se presenta primero el número de participantes por grupos (intervención (n=60)/control (n=58). Se observó que la media de edad total de participantes fue de 23,5 años, la desviación estándar (DE) fue de 5.3, con el cálculo de χ^2 el valor de $p=.332$. Las muestras no presentan diferencias significativas en relación a la edad, aplicando la $p > 0.05$.

En relación al sexo, se observó la presencia en los dos grupos de más mujeres que hombres, siendo el G. control el que más hombres presenta (n=14), representando un 24.1 % mientras que el G. intervención hay un 15%. Las muestras de ambos grupos no presentan diferencias significativas en relación al sexo ($p > 0.05$).

En cuanto a la convivencia, se encontró que un total de 109 participantes no conviven en pareja y apenas nueve conviven con pareja. No hay diferencias significativas entre las dos muestras ($p > 0.05$).

Los participantes según el grupo tienen diferente tamaño de familia. En el G. intervención, 5 participantes tienen hijos y en el G. control tienen 4 hijos, no habiendo diferencias significativas entre grupos ($p > 0.05$).

En la situación laboral, la mayoría de los participantes trabajaba (28.8%) o trabaja puntualmente (32%), es decir, un 60,8 %. No habiendo entre muestras diferencias significativas ($p > 0.05$)

En relación a vivencias difíciles, las muestras presentaron diferencias significativas ($p=.036$). El G. intervención con $n=46$ (76,7%) y el G. control fue de $m=34$ (58,6%), expresaron haber pasado por situaciones difíciles, siendo el G. intervención el que más participantes afirma haberlas pasado. Presentando en este caso diferencia significativa ($p=.036$). Aunque hayan pasado más vivencias difíciles, ambos grupos expresan haber recibido y sentido apoyo, y no se observaron diferencias entre grupos en relación al apoyo percibido ($p> 0.05$).

Por lo que se refiere a los problemas de Salud física en los dos grupos, el total de 112 participantes afirmaba tener salud física. No hay diferencias en relación a la salud física entre muestras ($p>0.05$). En relación a la Salud Mental 116 participantes afirman no padecer trastornos ($p>0.05$). Sin embargo, el G. intervención es el que más visitas a médicos presenta; un 35% en relación al G. control, que es de 15,5%, presentando en este caso diferencia significativa ($p=.015$).

A su vez, se presentaron solo dos casos de problemas de Salud Mental en el G. intervención, en relación a las diferencias entre grupos los resultados ($p=.496$) confirman que no hay diferencias significativas. Asimismo, sobre las visitas a psicólogo/psiquiatra no se observaron diferencias significativas entre ambas muestras ($p> 0.05$), siendo de un 33,3 % el G. intervención y el 31% el G. control el porcentaje de participantes que los visitaron alguna vez. Los resultados indican que ambas muestras son homogéneas y representativas.

Tabla 9. Características sociodemográficas, laborales y de salud de la muestra (n= 118).

Características	Total		G. Intervención		G. Control		p
	n=118	%	n=60	%	n=58	%	
Edad en años	23.5 (DE 5.3)		23.0 (DE 4.9)		24.0 (DE 5.7)		.332 ¹
Sexo							
Mujeres	95	80.5	51	85.0	44	75.9	.210 ²
Hombre	23	19.5	9	15.0	14	24.1	
Convivencia							
Solo o sin pareja	109	92.4	54	90.0	55	94.8	.491 ³
Con pareja	9	7.6	6	10.0	3	5.2	
Hijos							
Sí	9	92.4	5	8.3	4	6.9	.999 ³
No	109	7.6	55	91.7	54	93.1	
Situación laboral							
Trabaja	34	28.8	21	35.0	13	22.4	.188 ²
No trabaja	46	39.0	19	31.7	27	46.6	
Trabaja puntualmente	38	32.0	20	33.3	18	31.0	
Vivencias difíciles							
Sí	80	67.8	46	76.7	34	58.6	.036 ²
No	38	32.2	14	23.3	24	41.4	
Apoyo percibido							
Sí	111	94.1	57	95.0	54	93.1	.715 ³
No	7	5.9	3	5.0	4	6.9	
Problemas de salud física							
Sí	6	5.1	4	6.7	2	3.4	.680 ³
No	112	94.9	56	93.3	56	96.6	
Problemas de salud mental							
Sí	2	1.7	2	3.3	0	0	.496 ³
No	116	98.3	58	96.7	58	100	
Visitas médico							
Sí	30	25.4	21	35.0	9	15.5	.015 ²
No	88	74.6	39	65.0	49	84.5	
Visitas psicólogo / psiquiatra							
Sí	38	32.2	20	33.3	18	31.0	.789 ²
No	80	67.8	40	66.7	40	69.0	

1: t de Student Fisher; 2: Chi cuadrado de Pearson; 3: Test exacto de Fisher; DE: Desviación estándar

Resultado descriptivo de resiliencia (CD-RISC10) y estado general de Salud (GHQ 12) (fase pre).

El cuestionario GHQ 12 se calculó teniendo en cuenta el punto de corte 2, cuanto más elevado, más malestar. En el análisis se usaron valores tipo Likert, cuyos valores son: 0,1, 2, 3.

En la escala de resiliencia se tuvo en cuenta que consta de una dimensión y el rango va de 0 a 40. No hay punto de corte, se entiende que cuanto más puntuación mayor resiliencia.

Los resultados son presentados en el siguiente orden: en la fase *pre* se presentará primero los resultados empezando por el cuestionario GHQ 12, después CD-RISC. (Véase tabla 10).

Empezamos por la descripción del cuestionario GHQ 12 antes de las intervenciones. Como se observó, las dos muestras presentaron un estado general de salud sin diferencias significativas ($p > 0.05$). La presencia de malestar en el G. control es de 36.2%, es decir, 21 participantes y el G. intervención 20 en la fase pre-intervención.

En la escala CD-RISC, las muestras no presentaron una media con diferencias significativas ($p > 0.05$). Como se observó en los valores de las medias y de las desviación estándar (G intervención 38.6 (DE 4.5)) y (G. control 40.1 (DE 5.1)). La media global de resiliencia en la fase pre intervención fue 39.3 (DE 4.8). Lo cual, en relación a resiliencia, nos indica que la muestra (G. intervención y G. control) tiene características homogéneas pues la media de resiliencia total es muy cercana y la de las dos muestras separadas también. (Véase tabla 10).

Tabla 10. Medidas (GHQ 12 y CD-RISC) en ambos grupos pre-intervención (n= 118).

Características	Total		G. Intervención		G. Control		p
	n=118	%	n	%	n	%	
Goldberg							
Ausencia malestar	77	65.3	40	66.7	37	63.8	.7431
Presencia malestar	41	34.7	20	33.3	21	36.2	
	Media (DE)		Media (DE)		Media (DE)		p
CD-RISC (n=118)	39.3 (DE 4.8)		38.6 (DE 4.5)		40. (DE 5.1)		.1002

1: Chi cuadrado de Pearson; 2: t de Student Fisher; DE: Desviación estándar

Resultado descriptivo de la Salud Mental Positiva (CSMP) Global y por factores, (fase pre).

Los resultados descriptivos del cuestionario CSMP antes de empezar las intervenciones fueron los siguientes. Se observó que en la fase pre el valor global de Salud Mental Positiva se presenta con una media de 124.7 (DE 12.4). La Salud Mental Positiva, consta de homogeneidad ($p > 0.05$). En cuanto a los valores de CSMP por grupo, la media del G. intervención es de 124.3 con una (DE11.8) y la del G. control 125.1 (DE 13.1), (Véase tabla11)

A continuación vemos los valores del cuestionario CSMP pre intervención por factores (Véase tabla 11).

El factor 1: la Satisfacción personal, en su resultado global se observó que la muestra tiene una media en relación a este factor de Salud Mental Positiva en la fase pre de 26.8 (DE 3.4). Evaluando por grupo, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=.0332$), es decir, el G. intervención presenta un nivel más bajo de satisfacción personal con una media de 26,1 y el G. control más elevada con una media de 27,5.

El factor 2: la Actitud prosocial, el resultado global de la muestra en relación a este factor es una media de 17.7 (DE 1.7). La valoración por grupos no presenta diferencias significativas, como se observó en la media y desviación estándar de ambos grupos: el G. intervención 17.8 (DE 1.7) y el G. control 17.6 (DE 1.7). Asimismo, el valor de $p > 0.05$ confirma que las muestras son homogéneas.

El factor 3: el Autocontrol, el resultado global de la muestra en relación a este factor es una media de 13.7 y una (DE 2.6). En el análisis por grupos se observó que no hay diferencias significativas, un valor de $p > 0.05$, y por lo tanto niveles parecidos de autocontrol. Ambos grupos presentaron medias y desviación estándar aproximadas, el G. intervención con una media de 13.9 y la (DE 2.6), y el G. control con media de 13.5 y (DE 2.7).

En el factor 4: la Autonomía, el resultado global de la muestra en relación a este factor fue una media de 15.1 (DE 2.8). El resultado por grupos presentó diferencias estadísticamente significativas ($p=.0252$). La autonomía en el G. intervención presentó un nivel más bajo con una media de 14.6 y la (DE 2.9) y en el grupo G.control, un nivel más elevado con una media de 15.7 y (DE 2.5).

El factor 5: la Resolución de problemas y autoactualización, el resultado global de la muestra en relación a este factor fue una media de 29.2 y la (DE 3.8). No presentaron diferencias significativas entre grupos con una $p > 0.05$.

En el resultado por grupos, observamos las medias del G. intervención 29.3 y la (DE 3.7) y la del G. control 28.9 con una (DE 3.9) también indica esta homogeneidad, es decir, el mismo nivel de resolución de problemas y autoactualización.

Factor 6: la Habilidad de relación interpersonal, el resultado global de la muestra en relación a este factor fue de una media de 22.4 y la (DE 2.9). En el resultado por grupo no se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$).

Los valores de la media y desviación estándar de los grupos son G. intervención 22.5 y la (DE 3.0) en el G. control 22.2 y (DE 2.8), con medias casi similares confirmando que son muestras homogéneas.

En resumen, esta valoración de la muestra en la fase pre intervención, detectó: Primero, que en la valoración global los valores de la Salud Mental Positiva de los participantes son de 124.7 y el valor total de la escala es 156 puntos, teniendo una distancia de 31,3 del valor máximo del cuestionario CSMP.

Segundo, que no presentaron diferencias significativas de los valores de la Salud Mental Positiva global entre grupos, pero sí en dos factores; satisfacción personal (F1) y autonomía (F4). Es decir, el G. intervención presenta una satisfacción personal y autonomía más baja que el G Control.

Tabla 11. Medidas positivas de Salud Mental (CSMP, GHQ 12 y CD-RISC) en ambos grupos pre-intervención (n=118).

Salud Mental Positiva	Global	G.Intervención	G.Control	
F1. Satisfacción personal	26.8 (DE 3.4)	26.1 (DE 3.5)	27.5 (DE 3.2)	.0332
F2. Actitud prosocial	17.7 (DE 1.7)	17.8 (DE 1.7)	17.6 (DE 1.7)	.6082
F3. Autocontrol	13.7 (DE 2.6)	13.9 (DE 2.6)	13.5 (DE 2.7)	.3212
F4. Autonomía	15.1 (DE 2.8)	14.6 (DE 2.9)	15.7 (DE 2.5)	.0252
F5. Resolución de problemas y autoactualización	29.2 (DE 3.8)	29.3 (DE 3.7)	28.9 (DE 3.9)	.6212
F6. Habilidades de relación interpersonal.	22.4 (DE 2.9)	22.5 (DE 3.0)	22.2 (DE 2.8)	.5752
Total CSMP	124.7 (DE 12.4)	124.3 (DE 11.8)	125.1 (DE 13.1)	.7122

1: Chi cuadrado de Pearson; 2: t de Student Fisher; DE: Desviación estándar.

Resultados resiliencia (CD-RISC) y estado general de Salud (GHQ12) (fase post).

En cuanto a los resultados post presentados en el análisis del GHQ 12, el valor en porcentaje total indica que los participantes presentaron mejora en su estado de salud general; la frecuencia de los que afirmaron no tener malestar fue 90 (76, 3%) y de los que sí presentaron, fue de 28 (23,7%).

Cuando se compara el resultado post por grupo, se observan diferencias entre grupos; se observa que el G. intervención tiene menos participantes que presentaron malestar con 4 (6,7%), mientras que el G. control tiene 24 (41,4%).

En el resultado post en el CD-RISC, la media fue de 39.9 y la (DE 4.0). Cuando se analizó la resiliencia por grupos se observó una media en G. intervención 40. y la (DE 3.7) y el G. control fue de 39.8 (DE 4.5). De acuerdo con el resultado se observaron unas medias entre grupo aproximadas, lo que indica que en el nivel de resiliencia post son cercanos. (Véase tabla 12).

Tabla 12. Resultados positivos de Salud Mental (GHQ 12 y CD-RISC) en ambos grupos post-intervención (n=118).

Características	Total n=118		G. Intervención		G. Control	
	n	%	n	%	n	%
Goldberg (GHQ 12)						
Ausencia malestar	90	76.3	56	93.3	34	58.6
Presencia malestar	28	23.7	4	6.7	24	41.4
	Media (DE)		Media (DE)		Media (DE)	
CD-RISC	39.9 (DE 4.0)		40. (DE 3.7)		39.8 (DE 4.5)	

1: Chi cuadrado de Pearson; 2: t de Student Fisher; DE: Desviación estándar

Resultados Salud Mental Positiva (CSMP) Global y por factores (fase post).

El resultado post CSMP Global fue de 129.0 y la (DE 12.6). En el resultado por grupos se observó que el G. intervención presenta una media total de 133.7 y (DE 7.6) mientras el G. control 124.1 y (DE 14.8). Por lo que el G. intervención presenta un nivel más elevado de Salud Mental Positiva que el G. control.

Ahora veamos los resultados post de CSMP por factores. (Véase tabla 13).

En el factor 1: la Satisfacción personal el resultado total fue de 27.9 y la (DE 2.8). El resultado por grupos, en el G. intervención la satisfacción personal presenta una media de 28.7 y la (DE 2.3) y en el G. control 27.2 (DE 3.0).

En el factor 2: la Actitud prosocial la media total fue de 17.8 y la (DE 1.67). En relación al resultado por grupos, se observó que el G. intervención presentó una media de 18.1 y la (DE 1.4) y el G. control 17.5 (DE 1.7).

En el factor 3: el Autocontrol, la media total fue de 14.6 y la (DE 2.6). En cuanto al resultado por grupos, se observó en el G. intervención una media de 15.8 y la (DE 1.7) y el G. control de 13.4 y la (DE 2.9).

En el factor 4: la Autonomía, la media total fue de 15.9 y la (DE 2.38). Respecto a los resultados por grupos, en el G. intervención la media fue de 16.3 y la (DE 1.9) y en el G. control 15.6 (DE 2.6).

En el factor 5: la Resolución de problemas y autoactualización, la media total fue de 29.2 y la (DE 3.8). En los resultados por grupos, el G. intervención presentaron una media de 29.3 (DE 3.7) y el G. control 28.9 (DE 3.9).

En el factor 6, las Habilidades de relación interpersonal, la media total fue de 23.1 y la (DE 2.7). En la media por grupos, se observó en el G. intervención de 23.9 (DE 1.8) y el G. control de 22.1 y la (DE 3.1).

Tabla 13. Resultados positivos de Salud Mental (CSMP) en ambos grupos post-intervención (n=118).

Características	Total (n=118)		G. Intervención (n=60)		G. Control	
	n	DE	n	DE	n	DE
Salud Mental Positiva						
F1. Satisfacción personal	27.9 (DE 2.8)		28.7 (DE 2.3)		27.2 (DE 3.0)	
F2. Actitud prosocial	17.8 (DE 1.67)		18.1 (DE 1.4)		17.5 (DE 1.7)	
F3. Autocontrol	14.6 (DE 2.6)		15.8 (DE 1.7)		13.4 (DE 2.9)	
F4. Autonomía	15.9 (DE 2.38)		16.3 (DE 1.9)		15.6 (DE 2.6)	
F5. Resolución de problemas y autoactualización	29.2 (DE 3.8)		29.3 (DE 3.7)		28.9 (DE 3.9)	
F6. Habilidades de relación interpersonal.	23.1 (DE 2.7)		23.9 (DE 1.8)		22.1 (DE 3.1)	
Total CSMP	129.0 (DE 12.6)		133.7 (DE 7.6)		124.1 (DE 14.8)	

1: Chi cuadrado de Pearson; 2: t de Student Fisher; DE: Desviación estándar.

Diferencia pretest-posttest del GHQ 12, CD-RISC 10 y CSMP global y por factores.

En cuanto a la diferencia pretest-posttest del GHQ 12, se observó que presentaron diferencias significativas ($p=.003$), de acuerdo con el cálculo de la diferencia el G. intervención presentó un 28,3% de mejora en la salud general y el G. control un 13,8%. En cuanto a los que empeoraron después del programa, el G. intervención fue de 1 y en el G. control de 11 participantes.

(Véase tabla 14).

Tabla 14. Diferencias pretest-posttest GHQ-12.

Características	G. Intervención (n=60)		G. Control (n=58)		p*
	n	%	n	%	
(n=118)					
Goldberg (GHQ 12)					.003
Mejoran	17	28.3	8	13.8	
No hay diferencias	42	70.0	39	67.2	
Empeoran	1	1.7	11	19.0	

En el caso de la resiliencia CD-RISC, en los resultados se observaron diferencias entre las medias, siendo significativas ($p=0.020$); el G. intervención presentó una diferencia entre medias antes y después de 1.5, mientras que en el G. control fue de -0.2, lo que indica que bajó el nivel de resiliencia. Si los valores son negativos, están más cerca del cero y, en consecuencia, tienen menor resiliencia en relación a la puntuación al inicio del programa (Véase tabla 15).

Tabla 15. Diferencias pretest-posttest CD-RISC.

Pretest-Posttest	G. Intervención (n=60)		G. Control (n=58)		t	p*
	Media	DE	Media	DE		
CD-RISC (n=118)	1.5	4.0	-0.2	4.1	2.356	.020

La diferencia pretest y posttest de la CSMP, en valor global de la CSMP reveló unas diferencias en la media de 9.5 (DE 9.9) entre el G. intervención y el G. control -1.5 (DE 9.3). El valor negativo indica que el G. control no mejoró, más bien bajó el nivel de Salud Mental Positiva comparándolo con el G. intervención. La diferencia entre el nivel de Salud Mental Positiva antes y después del programa fue significativa ($p=.0001$). (Véase tabla16).

A continuación describimos las diferencias **pretest-posttest** de la CSMP por factores (Véase tabla 16).

Factor 1: la Satisfacción personal, en relación a la diferencias entre medias por grupos antes y después el G. intervención presentó una media de 2.6 (DE 3.3) y en el G. control fue de -0.1 (DE 2.5). Se observó que hay diferencias significativas en la satisfacción personal entre los dos grupos, confirmada por el valor de $p < 0.05$ (.0001). El G. intervención presentó mejora después del programa y el G. control no mejoró. El valor negativo indica que incluso bajó el nivel de satisfacción personal.

Factor 2: la Actitud prosocial, en relación a las diferencias entre medias por grupos antes y después, el G. intervención presentó una media de 0.3 (DE 1.5.) mientras que en el G. control la media fue de -0.1 (DE 1.1). Se observó que los grupos presentaron diferencias significativas ($p \leq 0.05$).

Aun así, cabe recalcar que este factor ya lo tenían potenciado los participantes en el inicio de las intervenciones. Aunque la media de la diferencia no fue tan alta como se podría esperar, las intervenciones sí reforzaron el factor en el G. intervención.

Factor 3: el Autocontrol, en relación a las diferencias entre medias por grupos antes y después, el G. intervención presentó media de 1.8 (DE 2.2) y en el G. control -0.1 (DE 2.1). Los grupos presentaron diferencias significativas, ($p=.0001$). Se observó que el G. intervención mejoró el autocontrol y el G. control no mejoró; se puede decir, con el valor negativo de la media (-0.1), que bajó en autocontrol.

Factor 4: la Autonomía, en relación a las diferencias entre medias por grupos antes y después, el G. intervención presentaron media de 1.8 (DE 2.2) y en el G. control -0.0 (DE 1.5). Como se observó, los grupos presentaron diferencias significativas ($p=.0001$). Las diferencias respecto el antes y después, fue que el G. intervención presentó mejora en la autonomía si comparamos la media post (16,3) con el valor total de este factor en la escala de referencia que oscila de 5 a 20, y el G. control no presentó mejora, incluso el valor negativo de la media indicó una leve baja en este factor.

Factor 5: la Resolución de problemas y autoactualización, en relación a las diferencias entre medias por grupos antes y después, el G. intervención presentó media de 0.0 (DE 0.0) en el G. control 0.0 (DE 0.0). Los valores de las medias indicaron que no presentaron diferencias entre las medias antes y después en los dos grupos. Es decir, el valor de p no presenta diferencias significativas. Conviene subrayar que este factor se mantuvo, es decir, ni subió ni bajó para ambos grupos.

Factor 6: las Habilidades de relación interpersonal, en relación a las diferencias entre medias por grupos antes y después, el G. intervención presentó media de 1.5 (DE 2.7), y en el G. control -0.1 (DE 2.2). Las diferencias presentadas fueron significativas ($p=.001$). La habilidad de relación interpersonal en el G. intervención presentó cambios, y en el G. control no presentó mejora, su media (-0.1) como indicó un valor negativo, se podría decir que este factor bajó.

Tabla 16. Diferencias pretest-posttest de la CSMP por factores.

n=118	G. Intervención (n=60)		G. Control (n=58)		t	p*
	Media	DE	Media	DE		
Salud Mental Positiva (CSMP)						
F1. Satisfacción personal	2.6	3.3	-0.1	2.5	4.896	.0001
F2. Actitud prosocial	0.3	1.5	-0.1	1.1	1.949	.054
F3. Autocontrol	1.8	2.2	-0.1	2.1	4.750	.0001
F4. Autonomía	1.8	2.2	-0.0	1.5	5.234	.0001
F5. Resolución de problemas y autoactualización	0.0	0.0	0.0	0.0		ns
F6. Habilidades de relación interpersonal.	1.5	2.7	-0.1	2.2	3.309	.001
Total CSMP	9.5	9.9	-1.5	9.3	5.903	.0001
• t de Student Fisher; DE: Desviación estándar; CSMP						

7.2. Discusión de los resultados Cuantitativos.

Por lo que refiere a las características sociodemográficas, laborales y de salud, se puede decir que la muestra estudiada tiene características sociodemográficas muy parecidas a estudios realizados en el contexto universitario de la carrera de Enfermería, tanto en la prevalencia de mujeres como en la media de edad. En nuestra muestra de estudio del total de 118 participantes fue una media de edad 23.5 años (con presencia de un 80, 5% mujeres y un 19,5% de hombres).

En los estudios revisados, la mayoría de los grupos de estudiantes de enfermería presentaba una media de edad entre 20 y 26 años (Bonfill Accensi, 2016; Ricomé Muntané, 2016; Sanromà Ortiz, 2016; Moya Nicolás, et al., 2013; Colell Brunet, 2005).

El numero más elevado de mujeres nos muestra la relación entre el mayor interés por el cuidar y ser mujer. Así lo confirman otros estudios en el contexto de enfermería (Frías Osuna, et al., 2002; Beauvais, Brady, O'Shea y Griffin, 2011; Sanz Gómez, Iriarte Ramos y Gascón Catalán, 2016; Sanromà Ortiz, 2016).

En relación a la convivencia, tal como ya muestran estudios similares con estudiantes en período formativo, un 92,4 aún no convive en un entorno de vida en pareja. Sucede algo similar en lo que se refiere a la situación laboral, la mayoría no compagina estudio y trabajo, apenas lo hace un 28.8%, y de manera puntual, en verano, (un 32%). Acerca de los hijos, hay 9 participantes que afirman tener hijos a su cargo, las mismas características que en otros estudios en población universitaria de enfermería (Bonfill Accensi, 2016).

En relación a las variables de Salud, los participantes en su mayoría afirman no padecer patología física ni mental, pero en relación al número de visitas médicas, el G. intervención es el que más visitas médicas hace. En lo que se refiere a vivencias difíciles, un 80% de los participantes afirma haberlas pasado, de estos, el G. intervención es el que tiene más participantes que las hayan pasado, y, aun así, presenta un nivel de Salud Mental Positiva adecuado, detectado en la fase pre y similar al G. control.

Se han identificado factores protectores que pueden haber colaborado tanto en un grupo como en el otro, como es el apoyo social, ya que un 94,1 afirmó que se siente apoyado. El apoyo puede haber servido tanto para evitar vivencias difíciles como para superarlas. El apoyo recibido es una fortaleza a la hora de promocionar el afrontamiento adaptativo y activo (Martínez Festorazzi, Naddeo y Odriozola, 2007).

Asimismo, el sentirse apoyados es un factor protector según diversos estudios. El apoyo social ayuda a revertir el impacto de experiencias negativas permitiendo respuestas adaptativas funcionales y promueve atributos resilientes. Es un recurso relevante del que ambos grupos se beneficiaron, fueren cuales fueren las circunstancias en sus vidas (Martínez García, García Ramírez y Maya Jariego, 2001; Barra Almagiá, 2004; Baca Romero, 2013; O'Dougherty Wright, Masten y Narayan, 2013; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala, 2015; Ponizovsky-Bergelson, Kurman y Roer-Strier, 2015).

La diferencia del porcentaje entre grupos presentada en relación a las vivencias difíciles nos hace pensar que quizás el G. intervención tuviera más necesidad de intervenciones que el G. control, que tenía un valor inferior de vivencias difíciles 58,6% (frente el 76,7% del G. Intervención). Ambos grupos tenían porcentajes similares de visitas a profesionales del área de la Salud Mental (Psiquiatras/psicólogos).

En cuanto a los valores positivos en Salud Mental, tampoco los dos grupos en la fase inicial presentaron niveles diferentes de resiliencia, con un nivel global considerado alto, de 39.3, apenas 7 puntos debajo del valor máximo que mide la escala, que es 40. Estudios confirman que la resiliencia se desarrolla en situaciones de riesgo; estas no solo incluyen las situaciones en etapas tempranas, causadas por enfermedad propia, inadaptación, condición social restrictiva, patología de los padres o violencia. Sino también aquellas que se afrontan en otras etapas en las que supone riesgo acumulativo, tales como traumatismo agudo, duelos, estrés de los eventos cotidianos, además de factores predictores de riesgo como factores de desarrollo o bajo peso al nacer, entre otros (Sameroff, Gutman y Peck, 2003; Wu, et al., 2013).

El valor global de resiliencia pre (CD-RISC 10) fue de 39.3. Comparado con otros estudios que utilizaban el mismo instrumento, los valores de la media encontrados fueron, por ejemplo, en muestras de estudiantes brasileños de 29,07, en estudiantes españoles fue de 27,41, en personas mayores en España la media total fue de 30,43, en una muestra de maestros de primaria y secundaria provenientes de un programa de socorro psicológico post terremoto de Sichuan (China) fue de 24,83, (Rodrigues Lopes y Fernandes Martins, 2011; Notario-Pacheco, et al., 2011; Serrano-Parra, et al., 2013; Wang, Shi, Zhang y Zhang, 2010). Autores afirman que una puntuación ≤ 27 es baja y alta ≥ 36 (Broche Pérez, et al., 2012). Por lo tanto, la muestra de nuestro estudio obtuvo en la fase pre una media alta.

Los estudios relacionados con resiliencia y edad, indican que respecto a la resiliencia hay diferentes patrones de desarrollo de la capacidad adaptativa en diferentes etapas del desarrollo vital, y consideran la resiliencia también como mantenimiento de este desarrollo frente a los riesgos acumulativos (Bonanno, et al., 2002; 2005).

De manera que estos niveles altos previos de resiliencia y la diferencia entre grupos, como el caso del G. control que consta haber pasado por menos vivencias difíciles y aun así tener un nivel de resiliencia parecido al G. intervención que sí las pasó, podrían justificarse, debido a los diferentes tipos de desarrollo de la capacidad adaptativa que hay entre las personas. Es decir, la singularidad de cada ser humano. Además de los múltiples factores que pueden influir en la resiliencia, como por ejemplo, en el caso de la resiliencia post pérdida, que dependiendo de la calidad de la relación, de la memoria positiva, supondrá una vivencia muy difícil o no (Mancini y Bonanno, 2009).

Respecto a la presencia de malestar psicológico (GHQ 12) encontrado en la fase pre en los participantes antes de las intervenciones, corresponde a un 34.7% del total. Estudios confirman que la presencia de malestar psicológico en estudiantes universitarios supone un factor presente en el período de formación. La prevalencia de malestar en estudiantes universitarios en el área de la salud fue descrita en estudios con muestras de 1278 estudiantes universitarios españoles (enfermería-fisioterapia), que confirmaron la prevalencia de malestar en el 32, 2% de la muestra estudiada (Warbah, Sathiyaseelan, Vijayakumar, Russell y Jacob, 2007). En otro estudio en estudiantes de enfermería, la prevalencia era del 36% (Uras, Gennaro, Aparo y Tabolli, 2012); en otros estudios que incluyen personalidad y ajuste psicológico la presencia de malestar en estudiantes de enfermería fue de 20, 7% (Liébana-Presa, et al., 2014).

A su vez, los valores de GHQ-12 nos indican que el nivel de malestar psicológico entre los dos Grupos (intervención y control) no presentaban diferencias significativas en la fase pre. Pasar por momentos difíciles no excluye sentirse feliz, no siempre se pueden evitar las malas experiencias, y el hecho de pasarlas no significa no poder experimentar emociones positivas (Bonanno, Moskowitz, Papa y Folkman, 2005).

Las experiencias negativas se pasan en algún momento de la vida, como afirma Erikson (1959), en su teoría del desarrollo psicosocial, ya que la vida está formada por etapas que presentaron sus dificultades que hay que superar.

En nuestro estudio, comparando el resultado de (GHQ 12) post, se observó que el grupo que tenía el nivel de SMP elevado presentó menos malestar psicológico. Respecto a la diferencia del G. intervención, presentó un 28.3% de mejora en la salud general y el G. control un 13,8%, es decir, 8 participantes. En cuanto a los que empeoraron después del programa según el resultado pretest-postest, el G. intervención fue de 1 participante y en el G. control 11 participantes.

En un estudio realizado a 5.689 estudiantes universitarios, en sus resultados el 49,3% de los estudiantes presentaban *flourishing* y no mostraron niveles alterados de Salud Mental Positiva. Como conclusión, la presencia de malestar psicológico, comportamiento suicida y deterioro académico era más prevalente en los estudiantes que tenían el nivel bajo de *flourishing*, es decir, crecimiento psicológico, y mucho más alto en los estudiantes que fueron detectados con languidez (debilidad) (Keyes, et al., 2012; Diener et al. 2010). De forma complementaria, en un estudio con estudiantes de enfermería los resultados indicaron que una de las mayores debilidades en relación a la Salud Mental Positiva y las conductas promotoras de Salud es la gestión del estrés (Sanromà Ortiz, 2016).

Otro estudio, con 1340 personas, afirma que la ausencia de síntomas de patología psiquiátrica no significa tener un nivel alto de Salud Mental Positiva (Westerhof y Keyes, 2010). En el resultado del G. control (GHQ 12), aunque en el nivel de malestar post empeoraron, en solo 11 participantes. El hecho de que la Salud Mental Positiva del G. control hubiera empeorado hacía pensar que el nivel bajo de SMP pueda indicar un mayor nivel de malestar psicológico. Lo que expone al grupo a riesgo en su salud mental.

Estudios afirman que las personas que crecen psicológicamente funcionan en todos los niveles mejor, pero que sucede al revés con los que no presentan este crecimiento. Además, se afirma que el hecho de no padecer patología mental no significa que haya presencia de Salud Mental (Keyes, 2002, 2003, 2004, 2005a, 2005b).

La formación expone al estudiante de enfermería a muchos estresores. Según estudios, las fuentes de estrés en el período de formación en enfermería vendrían desde la parte académica (exámenes, trabajos prácticos frecuentes, falta de tiempo para estudiar), obligaciones extraescolares (familias, novios-as, trabajo, finanzas y Salud), organización de las prácticas, temor a cometer algún error en los cuidados con el paciente, miedo a hacer daño físico al paciente, falta de apoyo de los compañeros y/o profesores (Lo, 2002; Moya, et al., 2013). Al mismo tiempo, la percepción de autoeficacia es un factor de estrés. En un estudio realizado en estudiantes de varios campos del área de la salud, se confirmó que presentaban gran preocupación por evitar mostrarse ante los demás como poco competentes, válidos o inteligentes, presentaban la utilización de estrategias de afrontamiento activo para manejar las situaciones conflictivas, lo que les generaban un aumento del nivel de estrés (González Cabanach, Valle, Rodríguez, García y Mendiri, 2007; Casuso Holgado, 2011; López y López, 2011; García Rodríguez, Labajos Manzanares y Fernández Luque, 2014).

Considerando la teoría de la resiliencia y homeostasis, algunos autores afirman que la propia homeostasis bioescolar es atacada frecuentemente con señales internas y externas, estresores, adversidades, oportunidades y otras formas de cambio. Estos estímulos pueden ser tanto externos, tales como paquetes de información, nuevas experiencias o percepciones resultantes de estas, como estímulos internos, pensamientos o sentimientos recurrentes. Además, los autores dan mucha importancia a la experiencia en relación a la resiliencia, así como a la reintegración previa, como modeladores de la respuesta del estudiante (Richardson, 2002; Cummins y Wooden, 2013).

De manera que la experiencia de promoción y prevención realizada en este estudio durante la formación añade herramientas en este proceso de homeostasis bioescolar teniendo como resultado un nivel de resiliencia (media Post 40) más elevado, así como la satisfacción personal (media Post 28,7).

Los resultados también fueron comparados con otros programas o estrategias de intervención que utilizaban los valores positivos en Salud Mental como resiliencia, optimismo, fortalezas humanas, bienestar subjetivo, felicidad y otros. Además de estudios que utilizaron otros cuestionarios que valoraban valores relacionados con la Salud Mental Positiva.

Acerca del valor global de SMP en la fase pre, se observó una media de 124.7 en Salud Mental Positiva, el resultado global está próximo a los rangos encontrados en otros estudios en SMP descriptivos no experimentales y casi experimentales publicados, en los que se emplearon diferentes muestras utilizando el mismo cuestionario en SMP. El nivel encontrado de SMP global fue en cuidadores familiares que padecían patología psiquiátrica de 128, en personas mayores el valor 118,5, en profesionales sanitarios 112, en aspirantes a Enfermera Interna Residente (EIR) 126, 4, y en estudiantes de psicología 95,9, (Albacar Riobóo, 2015; Mantas Jiménez, et al., 2015; Amaro Martín y Ballesteros Peña, 2015; Aguilar Armas, 2016). En un estudio casi-experimental se observó que la puntuación global de SMP inicial fue de 120.6 en la muestra de estudiantes de enfermería (Sanromà Ortiz, 2016).

Acerca de los resultados en Salud Mental Positiva, teniendo en cuenta otros estudios, observamos los resultados en pacientes crónicos, la puntuación global post fue de 118.7 y (DE 15.5) y por factores la media más elevada fue el factor F1-Satisfacción personal con una media de 25.6 (DE 3.9) y el factor F5-Resolución de problemas y autoactualización con una media de 26.2 (DE 5.3) (Sanchez Ortega, 2015).

Observamos que en relación a resultados de intervenciones para potenciar agencia de autocuidado y Salud Mental Positiva que utilizan como referencia el mismo modelo de Salud Mental Positiva, la media post fue 129,3 (DE 9,9) (Sanromà Ortiz, 2016). En nuestro estudio los resultados post en la puntuación global SMP, fueron de 129.0 (DE 12.6) y por factores el G. intervención la media de la Satisfacción personal fue de 28.7 (DE 2.3) y el factor con mayor puntuación fue el factor F5- Resolución de problemas y actualización, con una media de 29,3 (DE 3.7).

Los resultados post nos indicaron una mejora global de los niveles de Salud Mental Positiva y también en el nivel de resiliencia en el grupo que recibió las intervenciones. Lo que se confirma en el resultado por grupo pretest-posttest media de G. intervención 2.6 (DE 3.3) en el G. control es de -0.1 con una (DE 2.5). También cabe resaltar los cambios por factores que presentaban diferencias en la fase pre. El resultado pretest y posttest de los factores F1- Satisfacción personal y F4-Autonomía. En la fase pre el G. intervención presentaba niveles más bajos que el G. control con diferencias significativas, en la fase post se observó mejora en el G. Intervención y un baja en los niveles de los factores F1-Satisfacción y F4-Autonomía del G. control. Comparando el resultado de un estudio, el resultado pretest y posttest, en la Salud Mental Positiva y en las conductas promotoras de Salud, se observó que la diferencia pretest y posttest, en relación al valor global de la Salud Mental Positiva, presentó mejora, pero en los factores F4-Autonomía y F5-Resolución de problemas y autoactualización no hubo diferencias significativas (Sanromà Ortiz, 2016).

Aunque en el factor F5-Resolución de problemas y autoactualización no existen diferencias significativas en nuestro estudio, en la fase pre y post del grupo G. intervención, hay que subrayar que tampoco ha empeorado.

El nivel conforme el cuestionario de referencia es de 9 a 36, con una media post de 29,3 puede considerarse que el valor inicial no es considerado un resultado bajo. Eso no excluye que no se deban ampliar las perspectivas del programa que fue aplicado en relación a estrategias de resolución de problemas. Consideramos que hemos identificado un área que es de futuro interés para mejorar las intervenciones en Salud Mental Positiva que fueron aplicadas.

El resultado pretest y posttest de los factores de SMP (ej. Resolución de problemas) que no presentó diferencias significativas en relación a la puntuación inicial manteniendo un nivel adecuado posttest mientras el valor global de SMP presenta mejora, nos hace plantear que los factores puedan presentar propiedades intrínsecas de ajuste. Es decir, los factores que presentaron una mejora se han ajustado a las demandas en Salud Mental Positiva de la persona. De manera que, aunque presentaron una puntuación adecuada en la fase inicial, una vez que son promovidos estos tienden a ajustarse fortaleciendo a la persona en las dimensiones SMP, tendiendo al equilibrio, lo que facilita generar respuestas adecuadas ante las demandas externas. Es interesante, en futuros estudios, profundizar en este tema ya que aún no hay suficientes estudios que puedan ayudar a aclarar este supuesto. Cabe comentar que la diferencia entre Grupo control y Grupo intervención nos muestra que las intervenciones en Salud Mental Positiva ayudan a mantener el nivel de Salud Mental Positiva durante el periodo de formación disminuyendo la presencia de malestar psicológico, y al mismo tiempo mejora y/o mantiene el nivel de resiliencia. La ausencia de una promoción en SMP, hace más vulnerable a la persona en presencia de los riesgos en Salud Mental durante el período formativo. Como se puede comprobar con el resultado pre-posttest del G. control en que varios factores de Salud Mental Positiva tienen valores negativos, es decir, han empeorado y también la resiliencia en relación al valores pre-post (media pretest-posttest resiliencia -0.2).

Un estudio afirma que mayor nivel de Salud Mental Positiva mayor es el nivel de conductas promotoras en Salud y Salud Mental y viceversa en estudiantes de enfermería (Sanromà Ortiz, 2016).

La mejora de la Salud Mental Positiva, en el resultado post, se justifica desde varios puntos de vista aplicados en el programa. Las intervenciones fueron planificadas teniendo varios parámetros tales como: la etapa evolutiva, el área de formación, las circunstancias en común, promover y fomentar factores de Salud Mental Positiva de una manera dinámica. Con ello, se pretendía conseguir que el participante se identificase con el programa y fuese el actor de su proceso de promoción y prevención. Además, la variedad de estrategias focalizadas en conseguir acceder a diferentes áreas de la persona con necesidad de mejora, promovió diferentes procesos reflexivos.

Asimismo, esta diversidad de intervenciones en nuestro estudio estaba centrada en cambios del estilo de vida y afrontamiento, la calidad de vida y los factores cognitivos percibidos (autoeficacia, flexibilidad, autocontrol, perspectiva temporal).

Las referencias bibliográficas sobre la promoción de la salud mental desde los valores positivos, vienen a confirmarnos el efecto benéfico del programa en Salud Mental Positiva. Si comparamos con programas y/o estrategias que tuvieron en cuenta los mismos parámetros, además de estudios de referencias, observamos que:

a) En relación a la Salud Mental, entendida desde varios conceptos positivos, hemos encontrado que su promoción deriva en resultados benéficos hacia la Salud Mental y bienestar cuando tiene en cuenta varias perspectivas. De manera que la hace adaptable, tanto en relación a la persona (etapa evolutiva, grupos específicos, cultura) y sus circunstancias, como al entorno y los recursos. Aumenta así el abanico de posibilidades en relación a la promoción y prevención.

Citamos algunos ejemplos de lo adaptables que los programas de promoción y prevención en Salud Mental deben ser, tanto en recurso como en relación a la persona y entorno: en personas que están pasando un *proceso de enfermedad*, el resultado de intervención que promueve valores positivos (resiliencia) adaptados a las circunstancias personales de la *etapa evolutiva* y de *la vivencia (Cáncer)* disminuye la angustia y estrés (Rosenberg, et al., 2015). Las intervenciones que incluyen *los educadores en salud* que utilizan el enfoque de resiliencia en su conjunto con los programas estándar de educación pueden ayudar a que las personas que tengan procesos de enfermedades crónicas aumenten los resultados positivos en cuidado y calidad de vida (Bradshaw, et al., 2007). En otra intervención para fomentar el bienestar dirigida a *los familiares* se añade la mejora en el nivel de resiliencia (Yi-Frazier, et al., 2017). E, igualmente, el efecto benéfico de la Salud Mental Positiva en *el trabajo* y sus efectos en la persona (Vázquez-Colunga, et al., 2017; Pando, 2012).

Las intervenciones que utilizan *el arte* como promotor de valores positivos, de autoconfianza, autoestima, la construcción de relaciones, sentido de pertenencia, disminuyen el nivel de estrés (Zarobe y Bungay, 2017). Las intervenciones positivas desde la perspectiva de *la regulación emocional* dando mucha importancia a la flexibilidad, tales como selección de la situación, modificación de la situación, el despliegue de atención, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta, promueven el bienestar psicológico (Quoidbach, Mikolajczak y Gross, 2015). En programas que promovieron la Salud Mental Positiva entendiendo esta como bienestar psicológico definido por Ryff (1989), el resultado en estudiantes fue mejor en la autoeficacia, en la regulación de las emociones negativas, en el bienestar psicológico en general y en la satisfacción con la vida (Gigantesco, et al., 2015).

Otros grupos (estudiantes, trabajadores): programas con el objetivo de fomentar la autoestima y las creencias de control para la promoción de salud mental de los estudiantes obtuvieron buen resultado (Moshki, Amiri y Khosravan, 2012).

El programa de entrenamiento de resiliencia se presenta como *un programa progresivo de cinco días* que proporciona experiencias a los participantes para mejorar la resistencia personal y para perseguir relaciones resilientes. Como resultado, los participantes presentaron mejoras inmediatas y posteriores en la resiliencia, el propósito en la vida, la autoestima, las relaciones interpersonales y satisfacción laboral (Richardson y Waite, 2002).

b) Capacitación y promoción del autocuidado en Salud Mental Positiva. El programa de SMP realizado en este estudio, promovió que el propio participante fuera capaz de fomentar y promover factores protectores, así como la eliminación o reducción de los factores de riesgo. Para ello, se realizaron estrategias para que el participante trabajara la parte cognitiva y conductual (consciente y activo) de su cuidado en Salud Mental Positiva. Por ejemplo, las actividades incentivaron al propio participante a describir durante el programa, analizar y evaluar su estilo de vida, su estilo de afrontamiento hacia el estrés y situaciones conflictivas.

De la misma forma, programas de promoción a la Salud en que los estudiantes tuvieron participación activa, reportaron efectos tales como: mayor satisfacción, motivación y propiedad, aumento de habilidades, competencias y conocimientos, desarrollo personal, efectos relacionados con la salud e influencia en perspectivas de los estudiantes hacia su salud, y, sobre todo, los estudiantes adquirieron competencia en acción, que en promoción de la salud se define como la capacidad de la persona para promover cambios en la vida de su salud y/o en los determinantes relacionados con la salud en la vida diaria (Griebler, Rojatz, Simovska y Forster, 2017; Carlsson y Simovska, 2012). Otro estudio halló evidencias de que la participación de los estudiantes mejora la relación entre compañeros. También se afirma que las intervenciones participativas son promotoras de Salud en general, más allá del tema específico que se toma en intervenciones individuales (Dooris, 2009).

c) Tener en cuenta el entorno. Las intervenciones en promoción de la Salud Mental que incluyen el círculo de convivencia, tienen alto índice de eficacia. En el caso de los participantes en este estudio, sus compañeros de carrera servían como impulsores, tanto para el proceso reflexivo como para el deseo de cambio. Estudios que promovieron diferentes factores positivos relacionados con Salud Mental utilizando el entorno, resultaron tener alta eficacia. Por ejemplo, la intervención promotora de *empowerment* que incluye el entorno más íntimo (familia, novios (-as), amigos) es benéfica, no solo al entorno sino también a la persona objetivo (Vahedian, Alhani, Ahmadi y Kazemnejad, 2010). Aunque en nuestro estudio, el resultado final del factor de habilidades de relación interpersonal no presentó una puntuación más alta de lo que se podía esperar. En el resultado pretest posttest hubo diferencia significativa, hay que considerar también que el nivel pre de este factor del G. intervención no era bajo. Un estudio indica que las conductas promotoras de Salud y Salud Mental tienen relación significativa con el factor habilidades de relación interpersonal y con la gestión del estrés (Sanromà Ortiz, 2016). Lo que indica que las relaciones interpersonales son importantes a la hora de promover factores de Salud Mental Positiva así como la mejora en el bienestar.

El factor actitud prosocial, en el resultado pretest-posttest, ciertamente presentó diferencias significativas, siendo más alto, dando así a las relaciones interpersonales un carácter más cualitativo. Lo que indica que en estos factores también se alcanzó el objetivo de promover las áreas que presentaron necesidad y mantuvo las que ya estaban fomentadas. Comparando con otros estudios también se encontró un resultado parecido en la muestra de estudiantes de enfermería, el factor prosocial elevado; estos concluyen que parece ser un elemento característico de la persona que desea prestar servicio a los demás, y que los futuros profesionales de enfermería se sienten identificados dando un valor a la actitud prosocial para el desarrollo del rol (Sanromà Ortiz, 2016).

d) En cuanto a la flexibilidad de estrategia y los factores de Salud Mental Positiva. Los factores de Salud Mental Positiva fueron promovidos en cada intervención, para ello se realizaron diferentes estrategias que fueran promotoras del proceso reflexivo, fomentando el cambio en Salud Mental Positiva en diferentes áreas de la persona. Es decir, que provocaron la autoevaluación de la conducta, pensamiento y sentimiento/emoción teniendo como referencia una mejor Salud Mental Positiva.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores presentados, fue posible trabajar distintos aspectos positivos tales como: la reevaluación positiva, la regulación emocional, la flexibilidad, la perspectiva temporal, así como el estilo de vida, el afrontamiento, la relación interpersonal, y el apoyo emocional entre otros.

El resultado de las intervenciones realizadas en este estudio, en relación el nivel de satisfacción personal fue en el que más notablemente se observó la diferencia positiva en el resultado pretest y posttest (G. intervención media 2.6).

Un estudio de revisión en el que se analizaron diversas intervenciones y estrategias de optimizar la Salud y bienestar, los resultados indicaron que las emociones positivas cultivadas, no solo contrarrestaron las emociones negativas, sino también ampliaron los modos habituales de los individuos de pensar y de construir sus recursos personales y afrontamiento (Fredrickson, 2000). Lo que indica que trabajar diversas estrategias posibilita también fomentar diferentes capacidades ampliando los beneficios, por ejemplo la flexibilidad y generar bienestar.

e) Respecto a la aplicación de diferentes estrategias. Los programas y/o intervenciones que son eficaces, abordan diferentes intervenciones focalizadas en el cambio del estilo de vida, la calidad de vida y los factores cognitivos percibidos con diferentes estrategias, como por ejemplo: métodos de resolución de problemas que ayudan a lidiar mejor con los problemas de la vida, identificación de oportunidades para la catarsis, relajación e

imaginación positiva para reducir el estrés y crear calma interna, investigación de las razones para sentirse culpable y maneras de abordarlo, métodos para aumentar la autoconfianza con la confianza en las habilidades personales y el estímulo para hacer las tareas diarias útiles (Ghasemi, Estebsari, Bastaminia, Jamshidi y Dastoorpoor, 2014).

La aplicación de diferentes estrategias en nuestro estudio permitió fomentar en diferentes momentos la flexibilidad durante las intervenciones, ampliando las posibilidades de dar un sentido de significado diferente a eventos estresantes. Con la intención que desde la flexibilidad se fomentara tanto la Salud Mental Positiva como la resiliencia. Lo que predispuso a los participantes al cambio y promovió también la satisfacción personal.

Algunos estudios confirman que el significado, además de proporcionar un propósito a la vida, está asociado a la satisfacción personal (Boyle, Barnes, Buchman y Bennett, 2009; Steger, 2012).

Asimismo, algunos estudios comprobaron que la flexibilidad puede ser promovida y aumentada. En sus resultados de las intervenciones enfocadas en fomentar la flexibilidad psicológica, se observó que esta aumentó durante la intervención en Salud Mental Positiva (Fledderus, Bohlmeijer, Smit y Westerhof, 2010).

Del mismo modo, afirman que la flexibilidad tiene relación con mejor calidad de vida en las áreas de la salud, así como en la seguridad, la participación comunitaria y el bienestar emocional, además de que las intervenciones que aumentan la flexibilidad pueden conducir a una mejor calidad de vida y resiliencia (Butler y Ciarrochi, 2007; Powers, Zum Vörde Sive Vörding y Emmelkamp, 2009). El meta-análisis realizado entre 1978 y 2013, sobre flexibilidad y afrontamiento, confirma que existe relación significativa entre ambas (Cheng, Lau y Chan, 2014).

Algunos autores afirman que la flexibilidad emocional es un componente clave de la resiliencia, debido a que las personas resilientes serán capaces de adaptar más flexiblemente sus respuestas emocionales a los estímulos que cambian con frecuencia, siendo capaces de adaptarse a la demanda de circunstancias externas cambiantes (Waugh, Thompson y Gotlib, 2011).

En los resultados encontrados en un estudio realizado en 1.072 estudiantes universitarios, que valoraba la efectividad de estrategias de reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y planificación, se observó que si el perfil de bienestar psicológico era mayor, mayor era el uso de las estrategias de afrontamiento (reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y la planificación) (Freire, Ferradás, Valle, Núñez y Vallejo, 2016). Respecto a un uso mixto, presencial y virtual, no parece haber afectado negativamente el resultado del programa de Salud Mental Positiva. El uso de nuevas tecnologías es una realidad en la educación, aplicarlo en programas de salud en entornos educativos viene a ser una experiencia que tiene que estar en constante evaluación, pues aún hay mucho que innovar y descubrir (De Lellis, Calzetta y Gómez, 2014).

Aun así, las intervenciones en las que se hizo uso de las TICs en la promoción de la Salud Mental han revelado ser herramientas útiles. Veamos algunas:

En la intervención que hace uso de las Tics en estudiantes universitarios con el objetivo de mejorar el bienestar, y satisfacción con la vida y flexibilidad psicológica, se comprobó que los beneficios se mantuvieron a lo largo de doce meses (Räsänen, Lappalainen, Muotka, Asko Tolvanen y Lappalainen, 2016). Otro programa de autoayuda on-line a estudiantes universitarios individualmente adaptable según los resultados pudo reducir la angustia psicológica (Day, McGrath y Wojtowicz, 2013).

En relación al método B-Learning, el uso de las TICs no es nuevo, se ha usado en intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales para la ansiedad y el ataque de pánico (Reger y Gahm, 2009; Klein, Richards y Austin, 2006). Otros estudios afirman que el uso de web puede ser efectivo para mejorar la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios, y, en este sentido, las intervenciones analizadas indican resultados significativos (Davies, Morriss y Glazebrook, 2014).

En relación a que los resultados pueden haber sido afectados por el factor tiempo, estudios indican que la eficacia de programas en Salud Mental Positiva se incrementó cuando las intervenciones se ofrecieron durante un período más largo (6-9 meses). Se ha comprobado en programas como el FAF (Programa de formación y apoyo familiar) que contiene contenidos formativos diseñados con el objetivo de promoción a la parentalidad positiva y que está inspirado en recomendaciones de Salud Mental de Seligman. Se utilizó el modelo B-Learning con una parte virtual siendo apoyada por una parte presencial, el hecho de que las intervenciones tuvieran un período más largo influyó positivamente en el resultado. Además de la satisfacción de los participantes, también añade las ventajas de la flexibilidad (Hidalgo García, Sánchez Hidalgo, Lorence Lara, Menéndez lvarez-Daeswt y Jiménez García, 2014).

El hecho de que la promoción y prevención fuera realizada durante el período formativo en nuestro estudio, no causó interferencias negativas a los participantes. Así lo confirman los resultados del Grupo intervención. Diversos estudios confirman la importancia de que durante el período formativo también el estudiante reciba en su formación intervenciones que fomenten y promuevan la salud mental desde la perspectiva positiva. Investigadores sobre la Salud Mental Positiva abogan por las necesidades presentadas en las poblaciones. Los resultados acentuaron los beneficios, pero también la importancia de la implementación de programas continuos que fomenten conductas promotoras de Salud y Salud Mental y que promuevan el *Flourish*, la resiliencia, los factores de salud mental positiva (Sanromà Ortiz, 2016; Keyes, 2007). Además, afirman que la salud puede ser creada, mantenida y apoyada en entornos universitarios; promueven el término universidad saludable, así como iniciativas que involucren

a los estudiantes con el servicio de salud (Dooris, Doherty y Orme, 2017; Holt y Powell, 2017).

Otros estudios, afirman que hay necesidad de aplicar y mantener estrategias, incluso después del período de formación, que haya intervenciones, por ejemplo, que promuevan en los profesionales de enfermería el compromiso con el fin de garantizar la satisfacción en el trabajo y reducir el estrés (Jenaro, Flores, Orgaz y Ceuz, 2011).

Resultado, análisis y discusión de los datos Cualitativos.

Cap.8. Resultado, análisis y discusión de los datos Cualitativos.

En relación al análisis del material cualitativo (relatos) se examinaron 360 manuscritos derivados de las intervenciones realizadas, más los escritos realizados en el fórum. Se organizaron los manuscritos, ordenando cada manuscrito por participantes, con un total de seis manuscritos por participante. Se procedió a la codificación para la identificación de los relatos conforme a lo establecido.

Se realizó una primera lectura, y en una segunda lectura se pasó a la identificación de conceptos y expresiones que serían usados como unidades de análisis. En una tercera fase se realizó la categorización y la siguiente clasificación y ubicación de las unidades de análisis. Se llevó a cabo una segunda inferencia en la que se identificaron categorías relacionadas con el resultado de las intervenciones.

8.1. Análisis deductivo de las diferentes categorías según el modelo de SMP.

Al utilizar el modelo deductivo con categorías preestablecidas en la primera parte del análisis tenemos como referencias los seis factores de SMP. Los participantes reflejaron en sus discursos las vivencias experimentadas durante el programa, posibilitando así la identificación y el análisis de las dimensiones de Salud Mental Positiva y su evolución en el inicio y en el final del programa.

El análisis cualitativo realizado en este estudio no se trata de una valoración transversal, sino continuada. Es decir, así que se dio inicio al proceso reflexivo ya comenzaba el análisis del aprendizaje significativo. En la descripción de este análisis cualitativo se intenta que se pueda plasmar el proceso desde varios aspectos.

Seguidamente, pasamos a analizar cada una de las dimensiones al inicio del programa SMP. El análisis de la actividad realizada en el seminario con el decálogo y los comentarios del Fórum así como las actividades presentadas a los compañeros, la descripción de un día y como lo afrontan, nos ayudó a identificar los factores de SMP presentes en las vivencias iniciales en el programa de Salud Mental Positiva.

1) Fig. 8. La primera dimensión, la Satisfacción personal.



Los participantes reflejaron en sus discursos iniciales una expresión diversa en relación a la **Satisfacción personal (Dimensión 1)**. Es decir, que durante la redacción realizaban un discurso directo en relación a cómo se definían y esta definición presentaba varios aspectos que guardaban relación con la satisfacción personal. Se observó que tenían una visión sobre ellos mismos (**autoconcepto/autoestima**) por lo general positiva.

Se destacaban como rasgos de carácter positivo y negativo, tales como: la alegría, el optimismo, la timidez, el nerviosismo, la sensibilidad, la

templanza, el estrés, el grado elevado de sociabilidad, la capacidad de escucha, así como ayudar a los demás, la importancia de la familia, el gusto por aprender de los otros, la capacidad de trabajo, de lucha y compromiso. También aparecía el gusto por los animales.

Como se puede observar, el autoconcepto no está centrado solamente en características de la personalidad, también se compone de elementos sociales que ayudan a perfilar la definición de uno mismo, moldeándola de una manera constante en interacción con las vivencias. Es decir, el autoconcepto se basa en un paradigma multidimensional, dinámico y evolutivo aunque en la edad adulta tiende a una estabilidad natural (Tesser, 2000; Hrter, 1998).

“Me considero una persona alegre y amigable. Soy una persona muy familiar, para mí son lo más importante ya que creo que son lo que siempre se tiene al lado en lo bueno y en lo malo.” (E.F. A.56.C)

“...en mi día a día, suelo ser una persona alegre.” (E.F.L. 30.R)

“Me considero una persona trabajadora, responsable y bastante positiva, mi familia es lo más importante para mí.” (E.F.V. 48.R)

“Hem considero una persona sensible i alegre, m’agrada molt aprendre de la resta i encara que de vegades sembla que em costa una mica parlar a classe...” (E.F.J.61.V)

“...una persona nerviosa y esto se ve reflejado en tu redacción sobre la actividad diaria.” (E.F.A.44.L)

“Soy una persona que ama los animales y me gusta mucho ayudar a los demás. Yo creo que me caracteriza mucho que soy un nervio, me pone nerviosa hacer mucho rato lo mismo...” (E.F.E.57.A)

“... em defineixo com una persona tímida, sobretot amb aquelles persones que no conec, però quan agafo confiança m’obro a qualsevol persona. M’agrada escoltar a les persones, ajudar-les i mantenir converses.” (E.F.I.59.R)

“Me considero una persona luchadora, que consigo todo lo que me propongo (o por lo menos lo intento), algo tímida en algunas ocasiones, alegre, con mucho carácter y sobretodo muy social y familiar.” (E.F.L.45.J)

“...me considero una persona trabajadora y responsable.” (E.F.N.42.M)

La descripción personal que los participantes hacen de su carácter, se traduce en la manera cómo se expresan y también refleja sus aspectos sensibles. Por ejemplo: la importancia de la familia, la dificultad de hablar en público, escuchar a otros.

La autoestima es, según Cardenal Hernández y Fierro Bardají (2003) el elemento valorativo dentro del autoconcepto y del autoconocimiento. Los participantes tienden a exponer una autoestima elevada, asumiendo el resultado global de la valoración, aceptando tanto lo positivo como lo negativo, aunque poniendo más énfasis en los rasgos positivos.

Se verifica que la satisfacción personal viene influenciada por esta visión positiva de uno mismo y del entorno, es decir, evaluación positiva de mi persona, mi vida, mis actividades, mi perspectiva de futuro. La autoestima, satisfacción con la vida y el optimismo tienen una base común: la orientación positiva. Es decir, además de tener una carga hereditaria también están interconectadas (Caprara, 2009b).

La carga hereditaria ayuda a explicar las diferencias individuales en la tendencia en evaluar positivamente el yo y el futuro. La orientación positiva no solo indica que la persona tiende a valorar positivamente su yo, su entorno y el futuro, sino también sus objetivos personales, las actividades apreciadas y todo aquello que le hace percibir el valor de la vida (Oleś y Jankowski, 2017). Lo que hace que la satisfacción personal tenga elementos hedonistas y eudaimónicos de la felicidad (Caprara, Fagnani, Alessandri, Steca, Gigantesco, Storza y Stazi, 2009a). Sin embargo, presentan diferencias, ya que las actividades atractivas y significativas pueden tener más influencia en el bienestar que la búsqueda de placer (Schueller y Seligman, 2010).

"Me considero una persona que valora cada cosa que tiene. Cualquier pequeña cosa puede hacerme feliz". (E.F.C.5.P)

Para los participantes el valor positivo de los momentos de la vida tiene relación con la felicidad. Sin embargo, muchas veces no son conscientes de ello. Solo la perciben cuando piensan y analizan el pasado. Cuando eso ocurre, el momento ya ha pasado y la felicidad es cosa o del pasado o del futuro, pero no del presente.

La conciencia de la felicidad en las vivencias depende de cómo se percibe esta. De ella depende la conciencia de los momentos, eso hace que la persona sea capaz de percibir y fomentar las estrategias dirigidas hacia la felicidad (bienestar). Diener (2012), afirma que para tener la base para una buena sociedad es fundamental que a las personas les guste y disfruten de sus vidas, pues eso está relacionado con el bienestar psicológico y la felicidad, y estos, a su vez, con la Salud Mental (Barrientos y Martínez, 2014).

"No soy una persona que tome consciencia de los buenos momentos de la vida cuando están pasando, pero recuerdo esos momentos cuando quizás ya no los tengo."

(E.F.M22.S.)

"Vivo muy rápido y estoy todo el día haciendo cosas, eso hace que a veces no sea consciente de cuántas cosas positivas me pasan." (E.F.M24.D)

Aunque los aspectos positivos de uno mismo ayudan a valorar satisfactoriamente la propia vida, hemos observado que estos, cuando no son constantes, pueden llevar del optimismo al pesimismo por momentos; siendo influenciados por el estado de ánimo o una valoración rígida de la realidad.

La visión del entorno se ve alterada cuando no está acompañada de un autoconcepto/autoestima adecuado y la persona se deja influenciar por el estado de ánimo, eso de manera continuada hace que no se oponga resistencia a las emociones negativas.

"...en mi caso, depende del momento anímico que me encuentre, ya que hay días que sí que valoro positivamente la suerte que he tenido en mi vida, y los grandes momentos que he vivido, en cambio hay días que pienso que mi vida no vale la pena, ya que he tenido un mal día o simplemente no estoy de humor." (E.F.E.19.G)

En un estudio realizado en 450 estudiantes de la Universidad Rovira i Virgili se encontró correlación entre la afectividad positiva y negativa y la satisfacción en la vida y los síntomas depresivos. El optimismo es predictor significativo tanto de la depresión como de la satisfacción con la vida (Chico Librán y Ferrando Piera, 2008). Según Watson, Clark y Tellegen (1988), dentro del estado de ánimo se distinguen dos dimensiones que las definieron como afectividad positiva y negativa. La primera, refleja el grado de compromiso agradable con el entorno, en el que se incluye tener predisposición a experimentar emociones positivas, tener una mente despierta, entusiasmo, energía. Mientras que la afectividad negativa, al contrario, tiende a experimentar emociones negativas, incluyendo la ansiedad, hostilidad. El funcionamiento adaptativo saludable está relacionado con la orientación positiva hacia uno mismo, el entorno y por consiguiente el futuro (Heintzelman y King, 2014; Ryff, 2014). La dimensión tiempo en la satisfacción personal es importante, pues tiene influencia en muchos aspectos, en la conducta, valores, creencias, relaciones, éxitos académicos, laborales (Boniwell, Osin, Linley e Ivanchenko, 2010; Claessens y van Eerde, 2010). *Prestar atención*, requiere de uno mismo este espacio de tiempo, que debido a la dinámica de vida no es posible en muchos momentos del día a día. La manera cómo uno percibe su presente, pasado y futuro tiene relación significativa tanto con los aspectos cognitivos como con los afectivos, relacionados con el bienestar (Matthews y Stolarski, 2015).

Por eso, es importante percibir y valorar adecuadamente el momento, y todo lo que este conlleva, para poder extraer lo positivo de las vivencias. Estudios afirman que la felicidad y la atención plena se correlacionan positivamente (Drake, et al., 2008).

La satisfacción está influenciada por el marco temporal de la experiencia y de las estrategias reguladoras que se derivan de la orientación del individuo en el tiempo (Matthews y Stolarski, 2015; Zhang y Howell, 2011). Matthews y Stolarski (2015), afirman que la perspectiva temporal es un mecanismo autorregulador afectivo y que la revisión autobiográfica modela el autoconcepto actual y lo proyecta hacia el fracaso o éxito anticipado.

Las actividades Fórum, relacionadas con la descripción de un día y cómo se afronta este, la del decálogo y la actividad de ocio, ayudaron a que los participantes pudieran trabajar la perspectiva temporal de las vivencias y poder centrar la atención en los elementos relacionados con estas, posibilitando así una visión detenida y pausada que les promovía el autoconocimiento, la conciencia plena de los momentos, la percepción de las estrategias utilizadas y de su eficacia, además del grado de satisfacción con sus vidas.

"Sóc feliç, però de vegades amb alguns aspectes no sóc positiva, en canvi amb altres (que no depenen de mi) sóc positiva." (E.F.E.19.G)

"Me considero una persona realista, lo que a veces me conduce a ser un tanto pesimista. "
(E.F.J20.C)

"...era igual como fuere, el caso es que hasta que no consiguiera ese objetivo no estaba feliz, no disfrutaba de nada... [...] cambiar, intenté muchas veces reforzar esta actitud pero siempre volvía a caer de manera inconsciente, cuando conseguí mi objetivo era feliz."
(E.F.M.22.S)

Dejarse llevar por una visión pesimista puede disminuir la satisfacción personal ya que al centrar la atención en lo negativo no se disfruta de las situaciones presentes. El pesimismo representa una idea o creencia de la realidad que al no ser motivadora conduce a disminuir el nivel de energía (Matthews y Stolarski, 2015).

“...ja que normalment em deixo emportar per la negativitat i això em porta a no valorar ni gaudir d'altres situacions que se'm presenten, ja que joestic amb la ment ocupada pensant en allò dolent que m'ha passat.” (E.F.A.49.S)

Una **perspectiva optimista del futuro** es la mayoritaria, los participantes quizás no demuestran satisfacción por el presente, ya que el período formativo muchas veces es afrontado como una etapa de muchas adversidades, pero aun así, miran al futuro con esperanza.

Sin embargo, esta perspectiva de futuro en algunos participantes puede verse afectada por una visión pesimista, haciendo aumentar el grado de exigencia, generando frustración y estrés, desmotivación y desesperanza. Los efectos perjudiciales de valoraciones subjetivas pesimistas del pasado y futuro pueden fomentar un estado de ánimo pesimista, afirman Matthews y Stolarski (2015), y el futuro pesimista está relacionado con los estados temporales del humor (bueno y malo). Algunos han adoptado una manera de ser que fomente y mantenga en estado constante la insatisfacción personal, desistiendo de hacer esfuerzos en dirección de modificar la conducta no saludable.

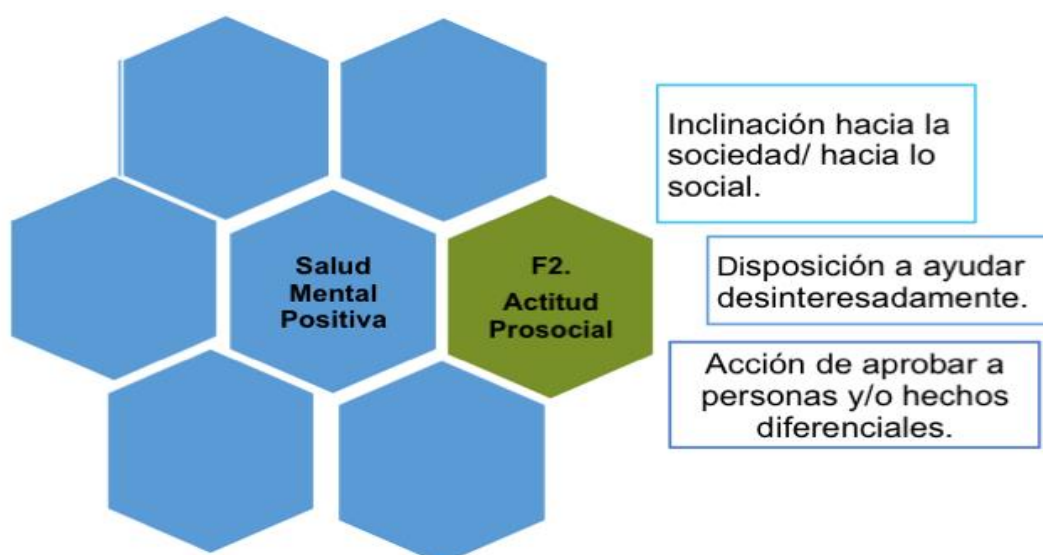
“...puc dir que sóc una persona molt exigent, més que amb els altres amb mi mateixa, de manera que molt sovint se'm genera una sensació de frustració donat que sento que mai faig les coses del tot bé”. (E.F.A.49.S)

“...la mayoría de las recomendaciones no las aplico en mi día a día. La razón es porque quizás me he terminado de acostumbrar al estado de ser negativa, y cambiar mi forma de ver la vida a estas alturas no merece la pena.” (E.F.N. 36.T.)

El flexibilizar la percepción de las vivencias cotidianas posibilita que la persona genere cambios para adaptarse a la situación. El período formativo es una etapa de incertidumbre en la que los participantes tienen que manejar tanto el éxito como el fracaso (Kaiser y DeVries, 2010; Pulakos, Arad, Donovan y Plamondon, 2000).

En el Fórum reflexivo se trabajó la flexibilidad y el manejo adecuado del fracaso a través de un juicio abierto y positivo del entorno, favoreciendo que las adversidades y los fracasos fueran vistos como oportunidades de crecimiento personal, siendo una manera grupal de trabajar la resiliencia.

2) Fig. 9. La segunda dimensión, Actitud prosocial.



Los participantes tienen una fuerte **predisposición hacia la sociedad**. Son capaces de establecer vínculos. Manifiestan el deseo de conocer y aprender de los demás, aunque revelan sus reservas a la hora de profundizar en una relación que no sea de su entorno más íntimo. Para las relaciones sociales hacen uso de las redes sociales, whatsapp, y otras, para mantener y cuidar sus relaciones interpersonales más íntimas y superficiales.

Los resultados de estudios mostraron que la felicidad se definió principalmente como una condición de equilibrio psicológico y armonía entre los diferentes dominios de la vida. Las relaciones familiares y sociales se asociaron de manera prominente con la felicidad y la significación (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick y Wissing, 2011), los participantes confirman esta afirmación en sus relatos. El compartir emociones, compañía y eventos les hace sentirse bien, siendo la actitud prosocial un promotor de bienestar (Kahana, E., Bhatta, Lovegreen, Kahana, B. y Midlarsky, 2013).

"Soy una persona que valora mucho a las personas que realmente considero importantes en mi vida." (E.F.C.5.P.)

"Me encanta el deporte y me gusta muchísimo realizarlo con gente, es mucho más divertido." (E.F. M.24.D)

"...que soy una persona muy social." (E.F.J.20.C)

"Soy una persona muy familiar, muy de casa y de mi pareja." (E.F.M.22.S)

"M'agrada molt estar envoltada d'amics tot i que també necessito tenir estones per estar sola. Estic dins el seguici de la festa major de Reus, del qual gaudeixo molt, i si puc intento anar a altres poblacions a veure les seves festes culturals." (E.F.A.26.S)

"...m'agrada molt compartir temps amb els amics i la família..., (cuidem la relació mitjançant altres vies de comunicació) i durant la setmana això es pot veure quan dino amb les companyes de classe, o quan passo gran part de les hores que no estic a la universitat, amb les companyes de pis." (E.F.M.46.F)

Los participantes pudieron incrementar la predisposición social a través de los trabajos en grupo, pero más aún por la predisposición en el fórum reflexivo de un ambiente colaborador.

La actitud social altruista está presente en los participantes, poseen el deseo de ayudar a los demás. Esta actitud hacia los demás les ayuda a fomentar la autoestima y regular la conducta. También les ayuda a mantener el equilibrio en su SMP. La actitud altruista está asociada al mantenimiento de la satisfacción personal y el afecto positivo (Kahana, et al., 2013).

En sus discursos reflejan el interés de aprender para ayudar a los demás, dar a los demás lo que les gustaria recibir, satisfacción por hacer parte del proceso de tratamiento y curación del paciente, deseo de aportar emociones positivas y transmitir un buen nivel de autoestima. Manifiestan así el deseo de continuidad en mantener la interacción con los demás y la generosidad.

"Intento, con mi actitud, dar a los demás aquello que me gustaría recibir." (E.F.L.30R)

"...aprender muchas cosas que desconozco y que me podrían ayudar a mí personalmente y a la vez poderlo promocionar para ayudar a otras personas."(E.F.J.1.B)

"Entraba al hospital y me sentía genial, aunque hiciera 10 minutos no fuera así... me gusta poder formar parte de ese proceso, quiero que un paciente se sienta bien en el hospital gracias a alguna acción mía y que eso haya sido importante durante esa estancia en el hospital, y eso quiero hacer siempre como enfermera." (E.F.T. 32.G.)

"El fet d'estar pràcticament tot el dia rodejat dels meus companys, valorant conscientment el que això comporta, el que ells poden aportar-me i el que jo puc aportar, ajudant-nos en tot allò que puguem necessitar et transmet un bon nivell d'autoestima. Al cap i a la fi, les relacions interpersonals ben cuidades no deixen de ser un pilar fonamental que contribueixi a un bon equilibri mental." (E.F.M. 53.R)

Los estudios indican que la ayuda (voluntariado) está relacionada con un mayor nivel de SMP, pero también puede disminuir la autonomía y el bienestar (Schwartz, Meisenhelder, Yusheng y Reed, 2003). La ayuda en que se preserva la autonomía y es selectiva tiende a influenciar positivamente en el bienestar, en caso contrario, tiene un impacto negativo sobre la satisfacción de la necesidad, el deseo de continuidad en la interacción y generosidad.

De manera que la actitud prosocial es benéfica cuando se ejerce con autonomía (Weinstein y Ryan, 2010). Aunque los participantes no han manifestado colaborar en ninguna actividad de voluntariado, expresan el bien que reporta el hecho de formar parte del proceso de recuperación de la salud de sus futuros pacientes.

Aceptación de los demás, la mayoría de los participantes afirman ser tolerantes. La tolerancia requiere de su esfuerzo para que las relaciones se establezcan y se mantengan. Cuidarlas requiere saber aceptar y comprender las diferencias, pero también tiempo y dedicación. En un estudio fenomenológico realizado en estudiantes de enfermería en prácticas clínicas, se observó que el aprendizaje exitoso dependía de una cuidadosa negociación de los límites sociales (Walsh, 2014).

“...con las personas de mi alrededor soy una persona mucho más tolerante”.
(E.F.P.37.M)

“Solía anteponer esas relaciones antes que a mí misma... no siempre es fácil porque las personas son difíciles, cuesta cuidarlas.” (E.F.R.7.D)

Los participantes expresan que aceptan a los demás con sus diferencias pero sin perder de vista su manera de ser. Según estudios sobre la tolerancia, se afirma que esta tiene relación con el desconocimiento y que a medida que el conocimiento aumenta, el nivel de tolerancia también lo hace (Tajtel y Tuner, 1979; Pettigrew, 1998). De manera que el trabajo en grupo y el espacio en el Fórum reflexivo ayudaron a fomentar que los alumnos se conocieran mejor y aumentase su tolerancia hacia los demás. Las actividades presenciales (por ej: puzzle, la cantonada, debate previo análisis de artículos) se planificaron en grupos cambiantes fomentando la diversidad y la tolerancia.

“Necessitem parlar amb els amics, saber les seves opinions, compartir experiències... Però tal com dius, hem d'establir uns límits. Límits que separin les teves opinions de les opinions generals dels altres. Límits per a poder ser independents i diferents... Tots aquests límits i molts altres són els que hem de tenir presents en les relacions interpersonals per tal de ser nosaltres mateixos junt amb els altres.” (E.F.J.11.B)

Cuando uno se siente seguro consigo mismo tiende a respetar el ritmo y la manera de los demás. En algunos participantes, la baja autoestima puede ser una dificultad a la hora del trabajo en grupo. La autoeficacia es un concepto que los participantes, durante su formación, perciben en constante reestructuración ante el avance de nuevos conocimientos.

Durante el período de formación la percepción de no ser aún competente genera inseguridad a la hora de afrontar las actividades teóricas y prácticas que requieren más recursos, tales como el tiempo, conocimientos complementarios, habilidades de relaciones interpersonales (Bennett, 2003; López y López, 2011; Moya, et al., 2013).

Se añaden también las altas cargas de tareas, actividades, evaluaciones y trabajos haciendo que el nivel de estrés aumente (Tolentino, 2009; Domínguez Castillo, Guerrero Walker y Domínguez Castillo, 2015; Pozos-Radillo, Preciado-Serrano, Acosta-Fernández, Aguilera-Velasco y Delgado-García, 2014). Otro estudio afirma asimismo la presencia de correlación significativa entre autoestima y desempeño académico. Los estudiantes que tienen el nivel de autoestima elevada tienen menos estrés que los que la tienen baja (Abouserie, 1994). El trabajo en grupo supone una fuente de estrés, que puede generar intercambio social negativo, el cual influye en el bienestar psicológico mientras que el apoyo social positivo tiende a causar un efecto amortiguador del estrés, disminuyendo la ansiedad y aumentando el bienestar psicológico (Edwards, Hershberger, Russell y Markert, 2001).

Durante los procesos reflexivos los participantes pudieron averiguar qué les pasaba al trabajar en grupo.

“Pel que fa a la severitat, és una part de mi que he de treballar. Sóc molt exigent amb mi mateixa i amb conseqüència també ho sóc amb els del meu voltant. No ho faig conscientment però ho faig.” (E.F.J.1.B)

“...esto me sucede cada día... soy dura conmigo misma. Tengo una autoestima muy baja. No sé valorar bien. Solo sé decirme a mí misma las cosas que hago mal y que tendría que mejorar, mis defectos, mis debilidades... pero a veces son todas y me cuesta tanto mejorarlas que me desanimo ante la derrota y es aún peor.” (E.F.C.33.C)

“En mi caso por lo pronto, en lo que respecta a los demás, no he tenido problemas, también ayuda mucho como sea la otra persona por eso”. (E.F.R.7.D)

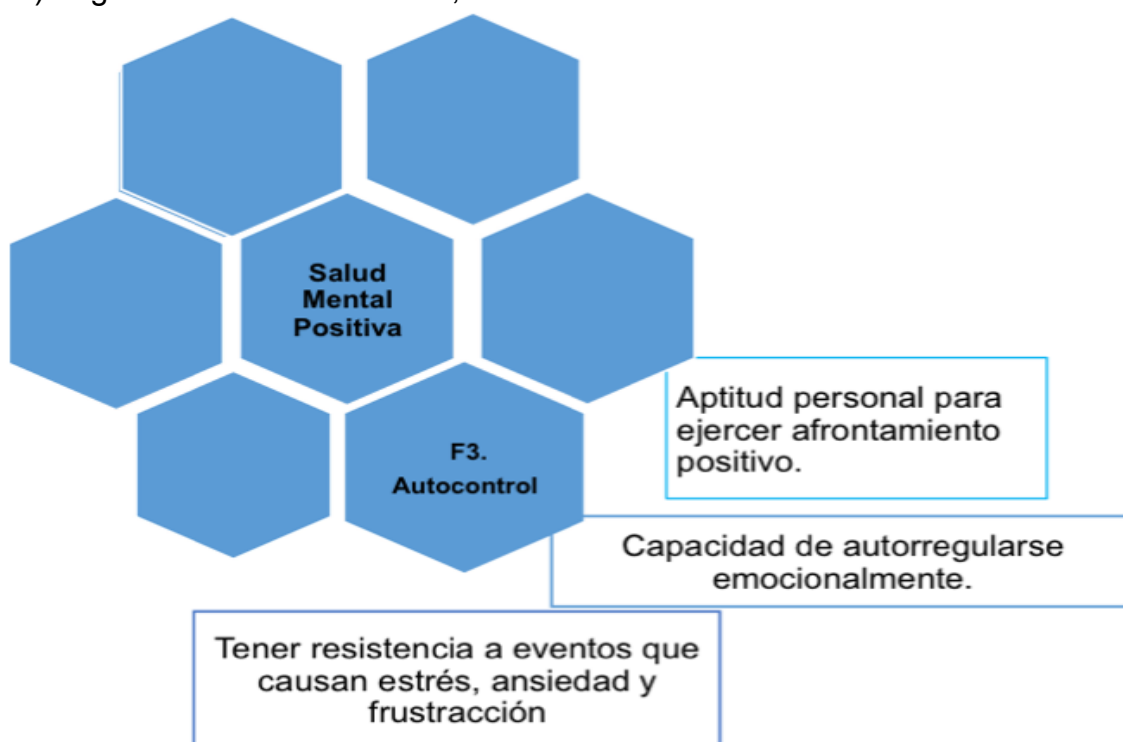
El trabajo en grupo presencial y virtual planificado en este programa de SMP, desde una metodología constructivista, promueve que la persona sea capaz de elaborar afrontamiento positivo hacia las situaciones de estrés que causan las relaciones personales generadas por el trabajo en grupos, promoviendo la resiliencia y resolución de problemas además de la autonomía. El afrontamiento positivo es el uso de estrategias adaptativas basadas en un afrontamiento constructivo de “Saber” manejar el fracaso y se asocia con niveles más altos de autoeficacia y autoestima influenciando la regulación de la motivación (Pajares y Miller, 1994).

La intervención relacionada con el decálogo fue planificada para que el participante de manera autónoma realizase observaciones, identificase y contrastase su forma inconsciente de fomentar su salud mental, así como, detectase los factores positivos y los factores que necesitaban mejorar. Esto fue un trabajo de modificación, fuera para potenciar o eliminar. El trabajo fue fácil, en cada proceso reflexivo el participante percibió la importancia de los factores resilientes tanto para aprender como para mantener conductas adaptativas.

Las intervenciones relacionadas con la visualización de la películas (*Manos milagrosas/ La vida es bella*), promovieron saber manejar el fracaso desde una visión positiva, fomentando el crecimiento personal, modificando la

conducta a través de una autoestima adecuada, identificando la importancia de los apoyos (tutor de resiliencia) y el esfuerzo personal constante hacia el crecimiento personal. La visualización de películas con una temática específica, pero de amplios matices, posibilita que varias personas encuentren algo que les llame la atención y se sientan identificados. El cine es una buena herramienta de intervención terapéutica, eficaz para trabajar vivencias, identificar valores y estrategias, ayudar a contrastar actitudes y pensamientos, reformular problemas, y promover la motivación y la resiliencia (Hesley y Hesley, 2001).

3) Fig.10. La tercera dimensión, Autocontrol.



El autocontrol es una de las dimensiones en la que los participantes, en sus discursos, expresan más dificultades, entre las que se encuentran: **la capacidad de afrontamiento al estrés y a las situaciones conflictivas**. Como, es, por ejemplo la vida universitaria, que supone una fuente de estrés y muchas veces se tienen dificultades para afrontarla de manera adecuada.

Esta dimensión no fortalecida hace que no perciban la verdadera dimensión de la situación a la que hacen frente, causando así una pérdida de control emocional que les influye en la satisfacción personal de estar cursando una carrera. Estudios afirman que la autorregulación emocional influye en el rendimiento académico (Gil Olarte, Palomera y Brackett, 2006; Aladez, Pérez y Beltran, 2010; Páez Cala y Castaño Castrillón, 2015).

Con el decálogo, los participantes están de acuerdo que:

“Lo que es más difícil es pintar la vida con humor, ya que en época de universidad me agobio y me estreso muy rápidamente, y probablemente por lo que me esté agobiado aún no esté pasando. Después, ese problema que tanto me agobiaba consigo hacerlo de forma exitosa y una vez más me doy cuenta que no tengo que estresarme ni agobiarme tan rápidamente y dejar tiempo al tiempo.” (E.F.E.19.G)

Mientras se procede a la formación universitaria algunos participantes experimentan sus primeras vivencias de emancipación. La emancipación es una experiencia que puede consistir desde ir a vivir a otra ciudad compartiendo piso, como ir a vivir solo o en pareja. Aunque los motivos que lleven a emanciparse pueden variar, es una etapa nueva que requiere adaptación. Este proceso de adaptación exige el manejo adecuado de situaciones que hasta entonces requerían menos esfuerzos, ya que la red de apoyo familiar tiende a amortiguar el estrés que supone alcanzar y mantener los medios y recursos adecuados para la supervivencia, además de garantizar el status social.

“...este curso en el cual me he independizado y por lo tanto ahora tengo muchas más responsabilidades que antes, esto tiene una cara muy positiva en cuanto a libertad, la independencia y poder formar un hogar junto a mi pareja, pero por otro lado me produce un grado de tensión y estrés que antes no tenía, ya que ahora tengo que ocuparme de la economía, saber administrarme, realizar las tareas...” (E.F.A.18.A)

"...no sé cómo explicarlo, por tanto creo que el hecho de no estar con mis padres en Tarragona de alguna forma afecta a mi día a día, hace que me falten ciertos sentimientos a la hora de hacerlo todo." (E.F.T.32.G.)

El iniciar una vida independiente también es una fuente de estrés, ya que eso aumenta las responsabilidades. Forma parte del proceso madurativo en la etapa adulta. El saber valerse va asociado al despliegue de habilidades y capacidades que hasta entonces no fueron necesarias, ya que se encontraban en el círculo de "protección", es decir, cercados por su círculo íntimo. La formación universitaria paralelamente al proceso de emancipación pone a prueba sus competencias.

En este momento se empieza a poner a prueba la autoeficacia de una manera más independiente, habiendo de manejar algo hasta entonces desconocido para algunos: la incertidumbre. Un estudio afirma que una actitud activa en el manejo de la incertidumbre de manera adecuada, se puede conseguir a través de la flexibilidad, ya que esta posibilita integrar en la realidad visiones más positivas (Pulakos, et al., 2000).

En relación al **autocontrol**, ante las situaciones de estrés percibidas, los participantes expresan dificultades en relación a gestionar las emociones, intentan elaborar estrategias para manejarlas adecuadamente, como por ejemplo, expresarse y pedir ayuda.

"...em defineixo com una persona forta davant de moments tristos, o simplement que em despertin un sentiment negatiu, però de vegades, per molt fort que un sigui, és necessari mostrar els sentiments cap a l'exterior, si no es queden retinguts, i per descomptat no tenir por a demanar ajuda si és necessari..." (E.F.I.59.R)

"...quan estic nerviosa intento controlar els nervis realitzen tres inspiracions completes (diafragmàtiques) i encara que sigui per uns minuts aconseguixo que el mal de panxa desaparegui gairebé del tot." (E.F.A.39.S)

El equilibrio emocional es alterado por la presencia del estrés o situaciones conflictivas. La falta de gestión adecuada de las emociones hace que, ante la situación de estrés, algunos participantes tengan actitudes que no les benefician, pudiendo provocar incluso una reacción no deseada hacia los demás o quedarse bloqueados ante la situación.

“La irascibilitat deguda a l’estrès fa que de vegades no em prengui les coses amb prou sentit de l’humor.” (E.F.O.29.B)

“...no considero que tenga demasiado control sobre mis emociones, especialmente la ira. Aunque no me enfado con facilidad, una vez estoy enfadado o furioso, me cuesta razonar y puedo “atacar” a alguien aun cuando en realidad no me ha hecho nada.” (E.F.R.52.O)

“Puf... A mí esto me cuesta muchísimo. Cuando me rayo (casi siempre por tonterías), todo el mundo lo nota. Es que soy una persona diferente. Parezco bipolar (en verdad soy muy, muy radical emocionalmente). Si tengo un día malo, todo me va a peor. Me da rabia todo, salto por todo, contesto mal, lo pago con quién no debería pagarlo... esto necesito mejorarlo muchísimo.” (E.F.C.34.C).

“Algunas veces me bloqueo y me falta algo de autocontrol, depende de muchos factores, pero creo que esos bloqueos y el autocontrol...” (E.F.L.6.B)

Vemos en los relatos como la inteligencia emocional queda sin estar activada ya que sin claridad emocional, que es definida como la capacidad de identificar y expresar de manera adecuada las emociones, no se puede regular las emociones ni activar las estrategias adecuadas (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003).

La inteligencia emocional, según Goleman (1998) es la capacidad para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para manejarlos el trabajar con otros. Es decir, no se puede separar la inteligencia intrapersonal e interpersonal.

Estas capacidades determinan el potencial para aprender habilidades prácticas basadas en cinco elementos: la conciencia de uno mismo, la motivación, el autocontrol, la empatía y la capacidad de relación. Además, él afirma que la competencia emocional determina hasta qué punto se traslada este potencial a nuestro entorno.

La claridad emocional, una de las dimensiones de la inteligencia emocional, es una de las variables asociadas con la regulación emocional y el afrontamiento adecuado en situaciones de estrés o presión (Moreno-Jiménez, Morante Benadero, Garrosa Hernández y Rodríguez-Carvajal, 2004), la otra es la reparación emocional, que está relacionada con la comunicación interpersonal, la satisfacción personal y regulación emocional (Fernández, Velasco y Campos, 2003). Es una capacidad influenciada por el apoyo social y, a su vez, con la reparación emocional, ya que el apoyo emocional en situación de estrés favorece la claridad emocional y esta, la reparación emocional (Montes-Berges y Augusto, 2007).

La reparación emocional es la capacidad de sustituir las emociones negativas por emociones positivas, esta capacidad exige habilidades de relaciones interpersonales y regulación emocional (Fernández, Velasco y Campos, 2003). La claridad emocional exige habilidades de reflexión, ya que interviene identificar, analizar y seleccionar (emociones y respuestas), además de organización y gestión del tiempo (Pau, Croucher, Sohanpal, Muirhead y Seymour, 2004).

La dificultad en dinamizar todas las dimensiones relacionadas con la inteligencia emocional es un factor que dificulta hacer uso de la misma en situaciones de estrés/presión o conflicto.

Estudios afirman que un nivel más bajo de inteligencia emocional está asociado con la percepción del estrés como amenaza y genera respuestas impulsivas o de evitación (Christopher y Thomas, 2009), o conductas agresivas y descontrol emocional (Inglés, Torregrosa, García-Fernández, Martínez-Monteagudo, Estévez y Delgado, 2014). La inteligencia emocional es una capacidad que el profesional de enfermería necesita dominar para poder dar un cuidado adaptado además de favorecer la satisfacción laboral (López Alonso, 2000; Smith, Profetto-McGrath y Cummings, 2009; Akerjordet y Severinsson, 2010).

Según Goleman (1998): “Las capacidades importantes relacionadas al óptimo desempeño laboral están relacionadas con inteligencia emocional, Goleman las identificó como; capacidad de escuchar y de comunicarse verbalmente, adaptabilidad y capacidad de dar una respuesta creativa ante los contratiempos y los obstáculos, capacidad de controlarse a sí mismo, confianza, motivación para trabajar en la consecución de determinados objetivos, sensación de querer abrirse un camino y sentirse orgulloso de los logros conseguidos, eficacia grupal e interpersonal, cooperación, capacidad de trabajar en equipo y habilidad para negociar las disputas y eficacia dentro de la organización, predisposición a participar activamente y potencial de liderazgo.

Para practicar y poder hacer uso de la inteligencia emocional es importante comprender lo que uno cree sobre su regulación emocional. La creencia de autoeficacia está relacionada con la capacidad de claridad emocional, ya que uno tiene que creer ser capaz de identificar y expresar adecuadamente sus emociones, es este un filtro que muchas veces los participantes expresan no tener o no controlarlo. Identificar y modificar las falsas creencias relacionadas con autoeficacia en regulación emocional es importante para poder modificarlas (Bandura, 1977).

En relación a la **tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés**, los participantes manifestaron tener dificultad de manejo adecuado de las situaciones de frustración, estrés y ansiedad. Se justificaban estas dificultades debido a la intensidad de cómo experimentaban las emociones y la impulsividad en relación a la respuesta al estímulo. La interpretación de la realidad basada en creencias equivocadas, como, por ejemplo, confundir deseo con necesidad, considerar que se está por encima de cualquier cosa, que no vales o no puedes, que los demás lo tienen más fácil, que las cosas no llevan su tiempo, que su punto de vista no está equivocado. Puede hacer que la persona tenga una sensibilidad aumentada en relación respuesta estímulo.

Se observa que en algunos momentos del discurso, la manera con que experimentan todo lo que sienten y perciben es de una forma personal. Es decir, realizan una lectura estricta de la situación, que, a su vez, fomenta la vulnerabilidad en ser fácilmente ofendido y experimentan las emociones con una intensidad no reglada, generando respuestas impulsivas.

"Un dels problemes que tinc és que ho sento tot amb massa intensitat i després té repercussions (una d'elles els nervis, com ja he comentat tantes vegades)." (E.F.A.39.S)

"...pero me ocurre bastante que ante un problema me lo tomo un poco demasiado a lo personal y por eso supongo que me afecta más de la cuenta." (E.F.V.31.A)

"A veces es difícil tener autocontrol, soy una persona impulsiva y me cuesta mantener la cabeza templada en algunos momentos." (E.F.M.24.D)

"...no dejar que las emociones negativas me bloqueen. Esto me pasa mucho. Soy muy impulsiva, siento mucho y fuertemente y expreso todo lo que siento, sin filtros." (E.F.C.33.C.)

El proceso de regulación emocional es dinámico y continuo, en el que interactúan actitudes conscientes de la persona que influyen en las emociones cuando se presentan, cómo las sienten y las expresan (Leen-Feldner, Zvolensky, Feldner y Lejuez, 2004). Aunque los procesos ligados a la regulación emocional son automáticos, pueden ser regulados. La regulación emocional se puede fomentar y mantener, a través del tiempo, con entrenamiento (Vasilev, Crowell, Beauchaine, Mead y Gatzke-Kopp, 2009).

Se puede inferir que las respuestas psicológicas y conductuales no adecuadas son interferencias de rasgos de carácter (ej. temperamento). En tal caso, se consideraría como algo no modificable. Estudios afirman la relación entre el temperamento individual y el afrontamiento (Blair, Denham, Kochanoff y Whipple, 2004), siendo el temperamento el precursor de las capacidades de regulación emocional (Yap, Allen, Leve y Katz, 2008). Aunque el temperamento tiene una base heredada también tiene influencias externas, como el entorno y la educación (Eisenberg, Smith y Spinrad, 2011).

Otra de las dificultades detectadas en los participantes, es la presencia de otros factores que se correlacionan con sus dificultades con el autocontrol, que hacen que tengan dificultades de gestionarse adecuadamente a nivel emocional (el estrés, el ser exigente con uno mismo, pesimismo o poco optimismo).

“Una vez más leo tu aportación y me identifico contigo, sé cómo te sientes porque en muchos aspectos me siento igual (el estrés, el ser exigente conmigo misma, el poco optimismo...)” (E.F. V.33.B)

Los participantes manifestaron no tener una actitud de resistencia y dejarse llevar por las emociones negativas. Como consecuencia, esto les genera cambios de ánimo y se dejan llevar por actitudes negativas. En este caso utilizan un tipo de afrontamiento llamado de abandono o desesperación, donde las respuestas de afrontamiento están centradas en un abandono conductual unido con el sentimiento de indefensión (impotencia). La persona renuncia al control a la hora de manejar una situación que la percibe como incontrolable y de difícil solución (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003).

“...considero que a veces dejo que las emociones negativas bloqueen mi vida, hay épocas que suelen ser peores y en esas épocas me cuesta mucho ver el lado positivo, suelo cerrarme en mí mismo y pensar que la situación no se va a solucionar,... hasta que no se soluciona soy incapaz de ser yo mismo y seguir con normalidad.” (E.F.M.53.R)

“...cuando me toca hacer algo que no me gusta me lo tomo mal, incluso cambio mi estado de ánimo o me molesto. Seguidamente se me pasa y lo olvido. Casi siempre intento que no me afecte en mi estado y casi siempre lo consigo, pero a veces, sin darse uno cuenta, afecta.” (E.F.A.49.S)

En la intervención clase teórica, los elementos de la vida cotidiana que fomentan la SMP y del ocio así como las que están relacionadas en el fórum, fue planteada también la intención de incentivar primero actividades de desconexión (independencia: distancia física y emocional), que promuevan una disminución de las conductas rutinarias, favoreciendo la disminución del estrés agudo. Estudios afirman que actividades en contacto con la naturaleza, como, por ejemplo, la jardinería, disminuyen el estrés agudo (Van Den Berg y Custers, 2011).

La actividad de descripción de un día, en la que describen las emociones, ayudó a reflexionar sobre cómo experimentan las emociones al realizar las acciones cotidianas. Esta actividad promovió la regulación emocional y todos los factores relacionados con esta. Para regular las emociones, es importante la capacidad de ser consciente cuando estas se presentan. Es decir, saber observarlas y etiquetarlas (positivas–negativas), interpretarlas correctamente, relacionarlas con las sensaciones físicas, comprender los factores e indicaciones externas (entorno) e internas (yo) que se relacionan, aceptar las emociones que no pueden ser modificadas (emociones negativas), (Berking y Wupperman, 2012). La regulación reflexiva de las emociones promueve el crecimiento intelectual y emocional (la autoactualización y actitud de crecimiento), (Jiménez y López-Zafra, 2008). Las estrategias aprendidas para regular una emoción (ira) son también efectivas para regular otras emociones, como la tristeza, lo que confirma que el mecanismo de regulación de una emoción es el mismo para todas (Company, Oberst y Sánchez, 2012).

4) Fig. 11. La Cuarta dimensión, la Autonomía.



Estudios afirman que para los estudiantes el hablar en público y la participación en clase es una fuente de estrés (Abouserie, 1994). Aunque la angustia de hablar en público puede ser indicio de una patología de ansiedad social, otros estudios demostraron que en personas diagnosticadas con esta patología y en personas sanas, cuando tienen que afrontar alguna tarea en que son evaluados en su desempeño, el temor es prevalente en las dos poblaciones (Stein, Torgrud y Walker, 2000).

Otro estudio afirma que la habilidad de comunicación interpersonal tiene relación significativa con todas las dimensiones relacionadas con el autoconcepto (física, personal, moral-ético, conductual, y satisfacción social y de identidad) sugiere que las habilidades relacionadas con la comunicación interpersonal deberían estar en el currículo de formación (Yahaya, 2009).

Las estrategias que se emplearon para poder trabajar esta dificultad a la hora de expresarse fueron: fomentar la exposición de conocimientos previos en las clases teóricas, y la exposición de ideas y conocimientos en los seminarios. Esta estrategia ayudó a promover la expresión oral de conocimientos previos y los adquiridos, percibir y regular las emociones a través de práctica expositiva. Según los estudios, la autorregulación emocional es un ejercicio consciente de manera que la modificación de la experiencia a través de este ejercicio consciente transforma la vivencia, la atención y evaluación y como consecuencia la respuesta emocional (Zelazo y Cunningham, 2007; Gross y Thompson, 2007; Gross y John, 2003).

Se observó que una autoestima baja, el grado elevado de autoexigencia, la inseguridad causada por estar pendiente de la influencia del entorno social (qué opinan), y la percepción negativa de la realidad, disminuyen la **seguridad personal**. Es decir, la **confianza en uno mismo**. Estudios afirman que una menor habilidad de manejo emocional presenta peores habilidades interpersonales y sociales, y que el rendimiento académico tiene correlación con la capacidad de inteligencia emocional y competencia social (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006). Según Bandura (1977), es más importante identificar las creencias relacionadas con la autoeficacia puesto que estas son predictores de desempeño.

Es decir, que el grado de la amenaza ante una situación es un factor importante en la determinación del afrontamiento. El resultado del afrontamiento positivo promueve la seguridad personal.

A través del Fórum reflexivo, cada actividad presencial y virtual exigió un proceso reflexivo, y compartirlas y poder contrastarlas con las de sus compañeros, favoreció la identificación y reelaboración de creencias.

Las aportaciones de los compañeros en el Fórum ayudó a acceder a otros puntos de vista sobre sus creencias de autoeficacia, teniendo como referencias tanto sus experiencias de éxito como de fracasos. Además de conocimientos teóricos relacionados con el estrés, tales como la resiliencia, *empowerment*, y las emociones positivas. El nivel en el que la persona es capaz de utilizar la información presente en las situaciones de fracaso de manera favorable para su crecimiento personal, le posibilita entender la posibilidad de aprendizaje que proporciona los errores (Sanin, 2010).

Estas estrategias que facilitan el cambio de creencias se denominan reevaluación y reestructuración cognitiva, y regulación afectiva. Con la primera, la persona intenta cambiar el punto de vista de situaciones estresantes con la intención de tener un enfoque más positivo que favorezca la resolución del problema o generar cambios que le posibiliten una buena adaptación. Con la segunda, la persona pasa a actuar activamente en relación al distrés regulando las emociones y expresando de manera asertiva tanto en el momento como en el lugar, lo que permite mantener el apoyo social permitiendo mantener la autoconfianza adecuada (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003).

“...ser tan estricta y autocrítica conmigo misma ya que suelo fijarme antes en las cosas que hago mal que en las que hago bien, aumentar mi seguridad y confianza en mí ya que dudo de casi todo, me cuesta tomar decisiones y a veces basta que alguien dude de algo que yo tenía más o menos seguro, para empezar a cuestionarlo el doble.” (E.F.V.33.B)

“...me preparo las cosas, como la ropa, el día anterior para no perder tiempo por la mañana. Esto es porque me exijo mucho y me tiro horas y horas pensando en qué ponerme porque no me conformo nunca cómo voy.” (E.F.A.44.L)

Los participantes afirman que los cambios para ellos son estimulantes y hacen esfuerzos de **adaptación**. Aunque la primera reacción es de agobio.

“Al principio me agobio con facilidad cuando me vienen varios problemas a la vez y me cuesta separarlos y resolver uno detrás de otro. Sin embargo, para los cambios me adapto bien a la situación.” (E.F. H.1.B)

Aunque los cambios no siempre son algo que ellos busquen en su día a día, otros sí los buscan, siempre que sean actividades que les gusten. Pero si ocurre algo nuevo, intentan practicar la **flexibilidad** a través de emociones positivas por medio de un cambio de creencias.

“...a les coses del dia a dia no els hi fico amor, o almenys no conscientment. Crec que només fico amor a les coses que sorgeixen d'imprevist i que em fan feliç. Ara bé, sempre intento fer la majoria de coses amb el cor...” (E.F.L.6.B)

La flexibilidad es una actitud que, cuando no es espontánea, puede producir sentimientos negativos, principalmente si tienen la rutina muy marcada. La abertura al cambio permite una mayor abertura en relación a las expectativas (Wanberg y Banas, 2000). La flexibilidad facilita modificar las realidades del trabajo (del día a día) que resultan adversas (Judge y Bono, 2001).

"...si tinc alguna preocupació, em costa dormir ja que la rumio durant molta estona, i si hi ha algun pla que he organitzat i finalment s'ha de canviar el canvi sense problema, però dins de mi es creen uns pensaments negatius." (E.F.E.19.G.)

"Potser sóc massa organitzada i negativa amb mi mateixa". (E.F.E. 19.G.)

Esta manera programada de ver la vida no deja posibilidad a practicar la flexibilidad, a estar abierto a posibilidades. Un estudio afirma que la inteligencia emocional, la eficacia, la flexibilidad y la abertura al cambio se asocian directa y significativamente con la satisfacción laboral general y esta es predictora del desempeño extrarol y el cumplimiento de normas (Sanjuán y Ávila, 2016).

"Sóc una persona massa organitzada, quan estic al llit penso i m'organitzo tot allò que he de fer durant els propers dies, o fins i tot començo a plantejar coses que han de passar d'aquí un mes."(E.F.E.19.G.)

Practicar la flexibilidad tampoco es no organizarse, ya que eso también tiene su parte negativa. Puede hacer que uno dedique demasiado tiempo a una sola cosa, no dando prioridad a lo que realmente es importante, lo que disminuye la posibilidad de experimentar experiencias variadas.

"Sempre he pensat que el meu problema és l'organització del temps. Sóc una persona que hem distrac força realitzant les diferents activitats, dedico massa temps en una activitat i no hem dona temps a dedicar temps a les altres. (E.F.J.11.B)

Organizar el tiempo de forma eficaz, aumenta la efectividad personal. Según Campbell, Svenson y Jarvis (1992), el manejo eficaz del tiempo aumenta el desempeño académico.

La programación y planificación del tiempo, tanto en hombres como en mujeres, disminuye las reacciones emocionales y aumenta las cognitivas además del efecto amortiguador del estrés (Misra y McKean, 2000).

La intervención en la que tienen descripción de un día, actividad fórum referente a las emociones y sentimientos y otra sobre el cuidado de enfermería, cuidado holístico y SMP, hizo que los participantes identificasen las actitudes y creencias que les dificultan promover la autoeficacia. Las actividades presenciales tuvieron una secuencia temporal (cronometrada) que indujo al participante a planificar el tiempo de ejecución de la actividad, promoviendo el aprendizaje de gestión del tiempo ante situaciones de presión controlada. Además, permitió trabajar las funciones ejecutivas que están asociadas con la regulación emocional, resolución de problemas, planeación, memoria de trabajo, formación de conceptos, flexibilidad, autoeficacia y conducta hacia un objetivo (Ardila y Surloff, 2012).

El fórum reflexivo y las actividades que comparten, también facilitaron trabajar estos aspectos, al estar escrito y estar interrelacionadas promovieron el bucle reflexivo en el que en cada punto los participantes identificasen factores o elementos, que se relacionasen con las capacidades, factores de SMP o fortalezas que necesitan fomentar o mantener. La escritura permite a la persona reescribir sus vivencias con una visión más positiva, incluso sus relaciones interpersonales a través del cambio de significado (Stuss y Knight, 2002).

El bajo nivel de **Independencia** hizo que algunos participantes no fueran capaces de mantener una distancia emocional a la hora de valorar una situación.

Como consecuencia, tenían una baja **autorregulación de su propia conducta** respondiendo de manera ineficaz a las situaciones conflictivas y estresantes, lo cual afectaba a su ánimo y a la relación con los demás. Eso tenía influencia en la satisfacción personal.

La independencia, según la Salud Mental Positiva, se refiere a la capacidad de practicar la flexibilidad emocional que facilita tomar distancia, sea física o emocional, de una situación o vivencia, a fin de poder valorarla de una manera más adecuada y facilitar escoger estrategias de afrontamiento eficaces. (Lluch-Canut, 1999). El no poner en práctica la independencia, hace que no consiga ponerse en una posición equidistante para valorar la situación de una manera adecuada y no experimentarla como una amenaza.

"...si me levanto por la mañana y me hacen algún comentario que no deberían de hacerme ya no puedo estar bien el resto del día, aunque desconecte de la situación y aunque realmente no esté pensando en ello, no soy capaz de sentirme bien". (E.F.T.32.G.)

"Cuando algo me produce un sentimiento o emoción condiciona mi día, soy una persona que funciona así, con emociones." (E.F.T.32.G.)

"...una discusión con alguien...círculo más íntimo. En esos momentos hasta que no pasa un rato y consigo abstraerme o solucionar el problema, soy incapaz de hacer nada. Sé que debería trabajar esto, pero no sé cómo hacerlo." (E.F.J.20.C)

"Cuando tengo un mal día o me siento frustrada, porque mi día no ha ido como a mí me hubiera gustado, me refugio en mí misma porque sé que mi carácter podría perjudicar a mis seres queridos, me enfadaría sin ninguna razón con ellos y aquella acción no sería buena por parte mia." (E.F.M15.R)

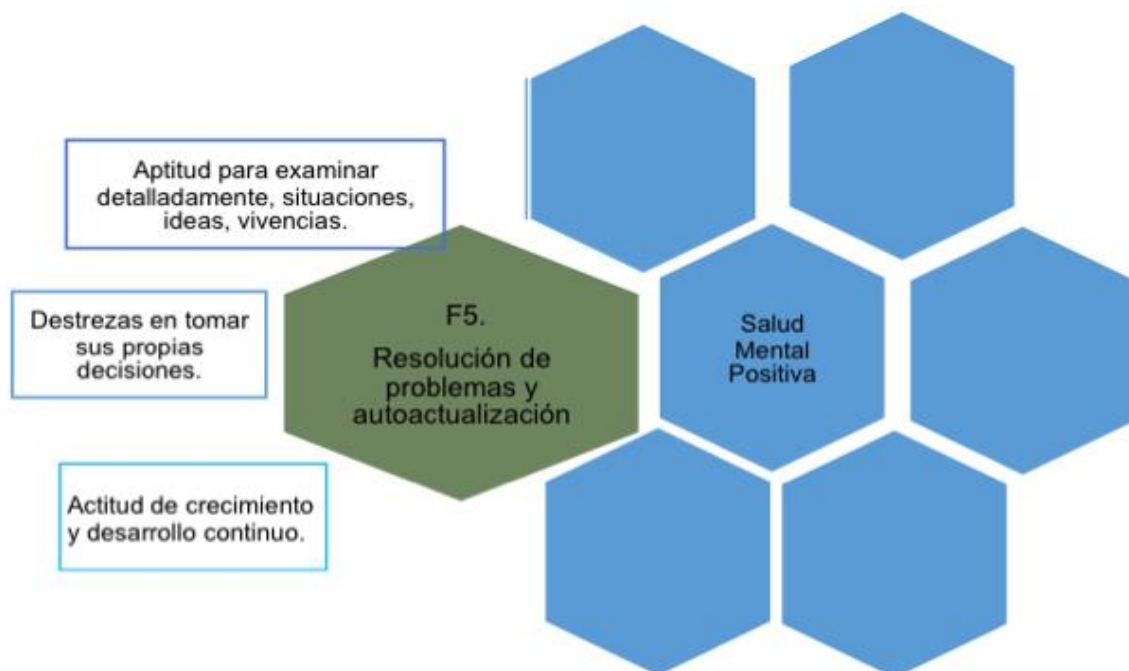
Las respuestas no adaptadas tienen relación con un bajo nivel de inteligencia emocional. Un estudio afirma que el nivel bajo de inteligencia emocional está relacionado con la agresividad (física y verbal), cognitiva (hostilidad) y la prevalencia de la ira (Fernández-Berrocal, Cabello, Castillo y Extremera, 2012).

La claridad emocional es una capacidad que ayuda no solo a interceptar la emoción y a valorar respuestas, sino también todo lo que hace que esta aparezca (el contexto). Una valoración constructiva de una situación depende también de la capacidad de flexibilidad, así como de una autoestima adecuada. El afrontamiento inadecuado en el que la respuesta se centra en desplazar esta en el tiempo, lugar y personas ajenas, revela dificultades, tanto de establecer estrategias de afrontamiento adecuadas como de utilizar elementos facilitadores tales como la empatía, la independencia, la inteligencia emocional, la resolución de problemas, la competencia emocional.

Mantener la distancia física o emocional en una situación, requiere regulación emocional y conductual. Estas habilidades exigen que los participantes aprendan a no hacer una interpretación estrictamente personal de lo ocurrido. Las valoraciones estrictamente personales tienden a llevar a la persona a ampliar el espectro de valoración y afectar la autoestima, la autoeficacia y la satisfacción personal. La capacidad de independencia favorece conductas resilientes (Camacho Gutiérrez y Galán Cuevas, 2015).

Las intervenciones relacionadas con realizar un actividad de ocio, la parte teórica sobre los elementos de la vida cotidiana, estudios de casos /rol playing, favorecieron trabajar un espacio en su día a día, en el que tuvieran ocasión de practicar la distancia física y emocional de las situaciones de estrés cotidianas, así como manejar la puesta en práctica del factor autonomía (independencia), además de practicar la claridad emocional. Las estrategias favorecieron al participante percibir el beneficio de practicar la independencia sin caer en el aislamiento, buscando su espacio en determinados momentos, que le alejen del foco de conflicto/situación a fin de poder activar el proceso de regulación emocional necesario para un afrontamiento adecuado.

5) Fig.12. La quinta dimensión, la resolución de problemas y autoactualización.



Los participantes se definen como resolutivos, aunque la manera de manejar las dificultades puede que en algunos no favorezca una estabilidad emocional. Afirman que sus emociones tienden a afectarles la capacidad de **resolución de problemas y autoactualización**, dimensión 5.

“Lo intento resolver, pero después de que me hayan saturado. Cuando tengo mil cosas que hacer, me saturó. Me ahogo en un vaso de agua. Cuando me saturó no hago nada. Pero cuando estoy al límite de una fecha o al límite mental, lo resuelvo rápido y bien. Tengo capacidad para resolver problemas (no lo dudo), pero no tengo capacidad para evitar saturarme antes.” (E.F.C.34.C.)

“...me considero una persona que hace uso del tiempo para solucionar según qué tipos de problemas, ya que depende mucho del tipo del problema al que te enfrentes, por lo general intento buscar soluciones que sean lógicas y coherentes, no suelo tomar decisiones precipitadas, aunque sí que me considero un poco temperamental.” (E.F.F.35.F)

“...intentar resolver los problemas que me van surgiendo, hay muchos momentos que soy incapaz de solucionarlos y los problemas se acumulan y acumulan y luego aquella pelota va creciendo y no hay manera de solucionar nada.” (E.F.M15.R)

La resolución de problemas es una parte importante en el cuidado de enfermería, el plan de atención de enfermería, el PAE. En él se hace una valoración, se realiza un diagnóstico, se planifica un cuidado, se realiza un actuación y una evaluación final (González-López, García-Lázaro, Blanco- Alfonso y Otero-Puime, 2010). Del mismo modo, estos pasos son derivados del proceso de resolución de problemas, que está compuesto por dos dimensiones: la orientación o actitudes hacía el problema y las habilidades básicas a la hora de solucionar problemas tales como saber definir y formular un problema, generar soluciones alternativas, tomar decisiones, aplicar la solución y evaluar el resultado (Dostál, 2015).

La **capacidad de análisis** es un factor que tiene relación con el autocontrol. Los participantes describieron cómo el análisis de una situación dependía de su estado anímico. Esta dependencia, para una persona que tenga dificultad de regularse emocionalmente, le conducirá a realizar una valoración inadecuada de la situación, pudiendo sobredimensionarla o no darle la relevancia necesaria.

“...Sóc una persona que es pren les coses molt a pit i això fa que moltes vegades no sigui capaç de relativitzar o de veure les coses amb humor....” (E.F.J.1.B)

“...dependiendo de mi estado anímico veo las cosas de una manera o de otra.” (E. F. J. 20.C)

“...cuando algo me sale mal a veces sí que bloquea mi vida y toda mi vida en ese momento gira en torno a la cosa que me ha salido mal, esto soy consciente que afecta negativamente a mi autoconcepto y a mi satisfacción personal.” (E.F.P.37.M)

“En muchas ocasiones las personas no somos capaces de ver más allá de las cosas. Cuando algo malo sucede no encontramos esa positividad que nos induce a seguir hacia adelante, no sabemos cómo afrontar los sucesos que la vida nos depara...” (E.F.M.15.R)

La regulación afectiva anímica está asociada con la capacidad de inteligencia emocional (Extremera, Durán y Rey, 2005; Furnham y Petrides, 2003; Luna, 2010).

Es previsible que la capacidad de análisis se pueda ver afectada, ya que la resolución de problemas es un proceso afectivo-cognitivo-conductual (D’Zurilla y Nezu, 2007). El estado de ánimo negativo se correlaciona con el estrés percibido, con el estilo pasivo de afrontamiento, con el estilo pasivo centrado en el problema y la emoción.

Además, el estrés percibido se explica por el uso continuo de estrategias de afrontamiento pasivo (Jiménez-Torres, et al., 2012). El estrés percibido depende de la valoración de la magnitud de la amenaza, teniendo como referencia la demanda y los recursos disponibles (Jiménez-Torres, et al., 2012).

Para minimizar el estrés percibido y su impacto en el estado emocional son efectivas la utilización de estrategias centradas en el control de respuestas cognitivas, detección del pensamiento, resolución de problemas y la reorganización cognitiva (Crespo y Labrador 2003; Jiménez-Torres, et al., 2012).

También se observó que la **habilidad de tomar decisiones propias** a la hora de afrontar las situaciones del día a día, o las dificultades que se presentan a la hora de alcanzar una meta, se ve alterada debido a la relación no equilibrada del autocontrol, del autoconcepto y la autonomía. Como resultado, un autoconcepto, autocontrol y una autonomía no adecuada, pueden dificultar el análisis de la situación, la priorización de los objetivos, y el poder escoger la mejor alternativa. Como consecuencia, el resultado es la insatisfacción personal y el agotamiento emocional manifestado a través del bloqueo/estancamiento.

Sóc una noia que m'estresso amb facilitat, llavors començo a fer coses ràpidament i a pensar que faré i a quina hora ho faré.”(E.F.E.19.G.)

“En ocasiones soy muy cuadrículada y no sé quitarle hierro a situaciones menos importantes.” (E.F.A.39.S.)

“Considero que sóc una persona que es pressiona massa a sí mateixa i quan no aconsegueixo el que vull o bé no arribo al nivell desitjat, puc arribar a sentir-me estancada en un sentiment de ràbia cap a mi mateixa i impotència” (E.F.L.16.G)

“En algunas circunstancias cotidianas soy un tanto insegura y me cuesta dejar un lado las emociones negativas para evitar que me bloqueen...” (E.F.M.24.D)

“... a veces, me bloqueo con según qué problemas y me doy tiempo, cuando quizá de este primer problema se derivan otros; tengo que aprender a enfrentarme mejor a los problemas.” (E.F.M.57.A)

Los individuos que tienden a dejarse llevar por una orientación negativa, hacia los problemas o situaciones estresantes, tienen una baja percepción de autoeficacia, perciben el problema o situación como amenaza, sienten frustración cuando tienen que afrontar un problema o una situación estresante y son pesimistas en relación al resultado de los esfuerzos puestos en su capacidad de afrontamiento. El descontrol de estos pensamientos intensifica la preocupación, la ansiedad y las emociones negativas (Koerner y Dugas, 2006)

El bloqueo emocional tiene relación con la regulación emocional, y, a su vez, la regulación emocional es tanto reguladora de la interacción social como también regulada (Cole, Michel y Teliet, 1994). Las interacciones sociales que contienen una carga estresante afectan a las mismas, pues hay una exposición a una intensidad alta de emociones negativas. Es el caso, por ejemplo, del miedo, ya que tiene potencial de producir el bloqueo emocional (Berástegi, 2007). Todo ello influye de tres maneras: interfiriendo en las habilidades adquiridas o planificadas para afrontar tal situación, aumentando la probabilidad de conducta amenazante o de rechazo, y, por fin, terminando prematuramente la interacción (Fabes, et al., 1999).

Gran parte de los participantes tiene una **actitud de crecimiento y desarrollo** ante los problemas, aunque no tengan una solución inmediata para ellos, y puede que por eso, les produzcan sentimientos de frustración. Lo importante es que son conscientes de que la capacidad de resolución de problemas solo se desarrolla si se los afronta. Es importante tener una actitud proactiva en relación al afrontamiento. La actitud en relación al problema es la parte conductual del proceso de afrontamiento, siendo la actitud proactiva su característica positiva (D’Zurilla y Nezu, 2007).

“La afrontación en busca de la solución es en muchas ocasiones una buena estrategia, pero a veces no depende la solución de forma directa de uno mismo, por lo que minimizar los perjuicios que conlleva el problema puede aliviarlo. Podría mejorar este aspecto y ser más proactivo.” (E.F.D. 47.P)

A algunos participantes les cuesta asumir esta actitud proactiva. Sea por la etapa del desarrollo en que están, sea por no querer salir de la zona de confort, o por otro motivo. Desean vivir en una eterna protección, esto hace que algunos deleguen en otros la solución de sus problemas. Una vez que es inevitable salir de la zona de confort experimentan ansiedad y emociones negativas. Esa actitud poco proactiva dificulta avanzar en el crecimiento y desarrollo de uno mismo.

Respecto al afrontamiento según la edad, estudios afirman que la regulación emocional así como las dimensiones relacionadas con inteligencia emocional (la claridad y la reparación emocional) tienden a regularse en la media edad y en la madurez (Kumar y Muniandy, 2012).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento los estudios en relación a la edad, son muy dispares ya que dependen de otros elementos mediadores tales como creencias de eficacia, evaluación de amenazas de la situación, severidad y disponibilidad de recursos (Brennan, Shaws, Dishion y Wilson, 2015). La edad se correlaciona positivamente con las estrategias de reestructuración cognitiva y el uso activo de estrategias centradas en el problema. Pero también se correlaciona a la inversa con la autocrítica, es decir, a medida que aumenta la edad disminuye el uso de la autocrítica (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012).

La mayoría de los participantes aún no habrán llegado a la media edad cuando accedan al mundo laboral teniendo que afrontar situaciones de estrés. Es importante que fomenten estas capacidades relacionadas con la resolución de problemas, como es el afrontamiento, para evitar que experimenten una situación de estrés crónico o *burnout* antes de llegar a la madurez.

"...sé que muchas veces lo intento sin tener una solución pero al menos sé que lo he intentado y aquello me ayuda a resolver cualquier otro problema, pero en muchos otros momentos, me siento tan negativa que soy incapaz ni tan siquiera de intentar resolverlos."
(E.F.M.15.R)

"...por comodidad, no me concentro en resolver los problemas y estos se me acumulan de tal forma que aunque decida esforzarme, para entonces sea complicado resolverlos"
(E.F.L.16.G)

"...a veces me despreocupo inconscientemente de los problemas que van surgiendo porque pienso que se ocuparán otros, pero cuando esto no ocurre, es cierto que se activa un problema mayor que hace peligrar nuestros pensamientos." (E.F.M.22.S)

"...puc experimentar emocions negatives com ara por, si faig alguna cosa que em fa sortir de la meva zona de confort. Ansietat per la manca de temps, o si em veig molt apurada i veig que no arribaré a poder realitzar un objectiu. I de vegades durant el dia també puc sentir ràbia si no he arribat a assolir alguna meta que m'he proposat." (E.F.L.27.A)

Los afrontamientos no adecuados, repetitivos, con resultados desfavorables, tienden a llevar a la persona a experimentar desgaste emocional por agotamiento y sentimiento de indefensión por la pérdida de autoestima.

En relación al agotamiento emocional, González-Romà, Schaufeli, Bakker y Lloret (2006), realizaron un estudio para comprobar la relación entre el agotamiento emocional y los elementos de vigor, entre el cinismo y los elementos de dedicación. Entendiendo por vigor el alto nivel de energía y resistencia mental mientras se realiza alguna tarea, además de la actitud de poner esfuerzos en realizarla (tarea/meta) y perseverancia (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002).

El cinismo tiene un componente afecto-conductual, pues hay presencia de sentimientos de carácter negativo y una actitud, por lo general, sin compromiso y falta de identificación con el destinatario de la tarea, la propia tarea o hacia el entorno que tiene que afrontar (Schaufeli y Bakker, 2004). El resultado del estudio de González-Romà, et al., (2006), indicó que en relación al agotamiento emocional, un alto nivel de identificación está relacionado con un mayor nivel de dedicación, mientras que un bajo nivel de identificación lo está con un alto nivel de cinismo. Una puntuación alta en energía, se relaciona con un nivel alto de vigor y una puntuación baja en vigor, con un nivel alto de agotamiento.

El vigor y dedicación son una parte necesaria para poder afrontar situaciones de larga duración que requieren concentración y perseverancia. La identificación tiende a hacer que la persona se esmere en el resultado, lo que hace que este sea igual o mejor de lo esperado. Lazarus y Folkman (1984) afirman que afrontar exige esfuerzo, tanto cognitivo como conductual, para manejar las demandas internas (emocionales y físicas) y externas (entorno: relaciones personales, ambientales, los estresores (físicos, químicos, sonoros, falta de recursos) a causa de los estresores, dicho esfuerzo es denominado como estrategias de afrontamiento.

Respecto a las creencias de eficacia y su papel en el agotamiento emocional, según estudios, el agotamiento emocional no tiene fuerte correlación con la eficacia, pero sí con estrategias de afrontamiento no adecuadas (Roelofs, Verbraak, Keijsers, De Bruin y Schmidt, 2005). Maier y Seligman (1976), definieron la indefensión aprendida como un estado psicológico que se genera ante eventos incontrolables en los que, independientemente de las respuestas, el evento ocurre. La persona ante el resultado de la indefensión hace juicios de la causa de su no afrontamiento, lo justifican centrándose en el problema o en otros motivos: *la magnitud del problema, el resultado no sería favorable, de todas maneras, no hay nada que hacer, la situación es incontrolable.*

Volvemos a recordar que el afrontamiento no es solo parte afectiva, es también cognitiva y conductual. De manera que un afrontamiento centrado solamente en las emociones puede presentar estrategias no adecuadas, como negarse a pensar el problema o pasarlo a otro (supresión de pensamiento), negarlo o evitarlo (evitación conductual y cognitiva), estar siempre quejándose/dando vueltas (rumiación), sintiéndose negativa (yo), (auto-culpabilidad), (Martínez González, Piqueras Rodríguez, e Inglés Saura, 2011). Así también, la falta de afrontamiento o afrontamiento pasivo son ineficaces para reducir el estrés (Figuroa, Contini, Betina Lacunza, Levín y Estévez Suedan, 2005).

El uso de afrontamiento no adecuado ante situaciones de estrés agudo puede derivar a la persona al estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos (sentirse negativo, indefensión aprendida) y psicopatológicos (depresión, ansiedad...), (Escamilla, Rodríguez y González, 2009; Martínez, Piqueras y Ramos, 2010), como hemos observado en la descripción de los participantes que llegan a experimentar estados negativos del ánimo, si estos estados son continuados pueden llegar al agotamiento, favoreciendo síntomas relacionados con el síndrome de estar quemado (*Burnout*), causando conductas inadecuadas (Downey,

Johnston, Hansen, Birney y Stough, 2010), y puede verse afectada la capacidad de toma de decisiones (Gottlieb, 1997).

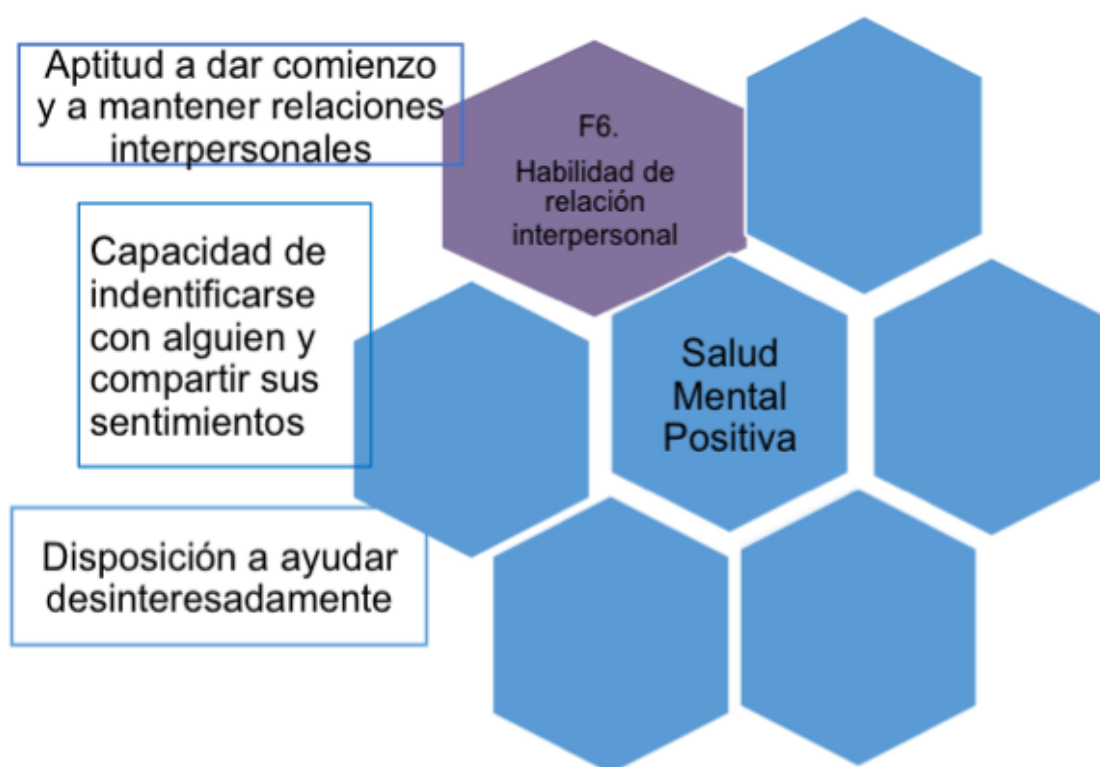
La inteligencia emocional facilita que la persona pueda fomentar actitudes activas frente a las situaciones de estrés, pues tiene mayor probabilidad de desplegar más estrategias de afrontamiento y facilitar una asimilación y adaptación en caso de estrés continuo e intenso (Mikolajczak, Petrides, y Hurry, 2009). El uso de una mayor variedad de tipos de afrontamiento está asociado con un nivel alto de bienestar (Verdugo, et al., 2013).

En las intervenciones de las clases teóricas y el seminario tres y cuatro, además del decálogo, así como las actividades del fórum relacionados, fue posible trabajar la parte cognitiva asociada al proceso de resolución de problemas, regulación emocional, creencias de eficacia, flexibilidad, así como de promover la resiliencia a través de una actitud activa ante los problemas (Véase anexo 1). Entendiendo que el aprendizaje constructivista de las estrategias hace que tanto capacidades, habilidades, como aspectos asociados a estas, sean trabajados en estrategias relacionadas con actividades anteriores o posteriores que se relacionan con la intención de promover factores de SMP, como el traslado del resultado de la actividad presencial al fórum para compartir resultados y reflexiones.

La intervención relacionada con la Salud Mental del personal sanitario la lectura crítica de artículos relacionados así como la reflexión en grupo con la actividad fórum seis, permitió valorar la condición actual de enfermería así como los riesgos que tiene esta profesión (Véanse anexos 1). El debate y la lectura de los artículos ayudó a promover el intercambio de impresiones y que los participantes tuvieran consciencia de que su salud mental es un factor importante, tanto en la satisfacción personal y laboral como en el cuidado prestado. Las actividades permitieron que tuvieran una visión previa de lo que pueden encontrarse en su itinerario laboral y se indicó lo que debían hacer para la prevención y protección de su Salud Mental.

El ajuste de las perspectivas laborales de los participantes a la realidad actual es una oportunidad de elaborar estrategias, que les posibiliten anticiparse a los posibles estresores que tendrán que afrontar en su día a día.

6) Fig. 13. La sexta dimensión, la Habilidad de relación interpersonal.



Los participantes tienen la **habilidad de relación interpersonal** fortalecida. Son capaces de establecer relaciones interpersonales y mantener relaciones interpersonales íntimas. Las relaciones personales son además fuente de apoyo, posibilitan trabajar la resolución de problemas, la satisfacción personal, la regulación de las emociones y la conducta. Lo que confirma que somos seres sociales.

El formato en grupo de las actividades presenciales y virtuales, favoreció el aprendizaje social (tolerancia). Cuanto más expuesto se está a tipos diferentes de personas e ideas, mayor tolerancia (Côté, Andersen y Erickson, 2015). Las relaciones sociales son un recurso de apoyo social muy importante a la hora de afrontar adecuadamente un evento estresante. El apoyo emocional se correlaciona con la dimensión de la inteligencia emocional de reparación emocional y con una mejor salud mental. Durante todo el programa los participantes tuvieron oportunidades de identificar los efectos de las relaciones personales en sus conductas así como en su bienestar.

“Soy una persona alegre, extrovertida, con facilidad de comunicación y bastante líder. Me encanta estar rodeada de amigos y proponer diversos planes para pasar tiempo juntos. Intento aprovechar el fin de semana para verlos ya que entre semana, por motivos laborales, no podemos compartir tiempo juntos.” (E.F.A.39.S).

“...pot costar més o menys enfrontar-se a les situacions dures, i potser normalment jo les afronto de manera diferent, però tots tenim moments difícils i tothom en un moment determinat pot ser que s'ofusqui i ho vegi tot fosc, és per això que el veure i valorar les persones que tens al costat és el que ens ha de donar ànim i forces, i sobretot hem de saber no donar massa importància a allò que no ho té.” (E.F.A.21.V).

“A més a més, el fet d'estar pràcticament tot el dia rodejat dels meus companys, valorant conscientment el que això comporta, el que ells poden aportar-me i el que jo puc aportar, ajudant-nos en tot allò que puguem necessitar et transmet un bon nivell d'autoestima. Al cap i a la fi, les relacions interpersonals ben cuidades no deixen de ser un pilar fonamental que contribueixi a un bon equilibri mental.” (E.F.J. 51.L)

“Me hace sentir bien ver a mis amigas en clase sentadas a primera hora por ejemplo. Me aferro mucho a mis amistades porque así lo siento, para mí son como mi familia y ver a una amiga o amigo reírse me hace sentir muy bien.” (E.F.T.32.G)

Los participantes se esfuerzan para cuidar sus relaciones interpersonales, aunque la carrera universitaria les ocupe la mayoría de su tiempo, hacen uso de varias estrategias, entre ellas las redes sociales.

“...de cuidar les nostres relacions, avui en dia ho tinc fàcil amb la tecnologia que tant ens facilita la vida, gràcies al whatsapp, facebook, twitter i companyia i això m’ajuda a seguir connectada als meus amics de fora la universitat i familiars en dies com aquests, en que pràcticament visc al campus i no els puc veure en persona. (E.F.A.32.T)

Los estudios indican que las relaciones sociales positivas son fuente de apoyo, este deriva en muchos beneficios, tales como reforzar las estrategias de locus control externo dirigidas hacia el problema (Skinner, et al., 2003).

No son únicamente una fuente de apoyo, sino que también influyen en el autoconcepto, siendo las vivencias con el entorno (respuestas de ambos) y las relaciones personales, principalmente con personas significativas, las que enmarcan la autoestima y promueven la empatía (Gutiérrez Carmona y Expósito López, 2015). Asimismo, otros estudios indican una correlación entre el estilo de afrontamiento (Felipe Castaño y León del Barco, 2010), la motivación intrínseca (Ryan y Deci, 2008), el efecto protector ante la vulnerabilidad, amortiguador del estrés y promoción de conductas saludables (Barra Almagiá, 2004; García-Alonso y Medina Gómez, 2016) y la satisfacción laboral (Yáñez, Gallardo, Arenas Carmona y Ripoll Novales, 2010), liderazgo (Tan y Lim, 2009).

Aunque las intervenciones del programa tuvieran una parte individual, pues contemplan al participante como dueño de su propio proceso reflexivo, se hizo uso de estrategias en grupo, ya que, además de recursos, intercambio de experiencias, conocimiento y apoyo, hicieron de impulsores de la motivación, tanto del proceso reflexivo como del cambio.

Por otro lado, fomentan la habilidad de relación interpersonal, dan a conocer la función protectora, a través del conocimiento de los beneficios de las relaciones interpersonales para la Salud Mental, el afrontamiento y

bienestar.

La dificultad de relación personal, cuando se expone a la persona a exclusión social, causa una disminución de la autoestima (Leary, Tambor, Terdal y Downs,1995).

Por último, en la actividad resumen decálogo y las actividades seminario relacionadas, se intentó que los participantes tomaran la primera como referencia, como indicadores de pautas de SMP, (Véanse anexos 1). En ella fue posible durante el programa que los participantes hicieran repasos a sus percepciones y actitudes a través de la valoración de pautas de referencias de SMP, a medida que iban realizando las otras intervenciones. Esta autoevaluación continuada permitió que ellos tuvieran una visión actual de qué están haciendo para fomentar y promover su salud mental. Además de promover la reflexión sobre la manera en cómo la cuidan, cómo les afecta a ellos y a su entorno, y qué pueden hacer para mejorar o mantenerla en el caso de las pautas que ya cumplen.

En todas las intervenciones se buscó que el participante no solo fuera capaz de iniciar el proceso reflexivo en relación a su salud mental fomentando la SMP, sino también que fuera capaz, con ello, de promover búsquedas de estrategias, generar nuevos conocimientos y realizar cambios (véase anexo 1). Hay que resaltar que el decálogo hace un repaso en todos los factores de Salud Mental Positiva en los que facilita una visión práctica aunque no personalizada, en formato resumen, de cómo fomentar las capacidades indicadas en este análisis y habilidades necesarias para poder poner en práctica los factores de SMP.

8.2. Analizar el aprendizaje significativo en las vivencias de los participantes en relación al programa de SMP, como resultado de la reestructuración cognitiva y emocional. Teniendo en cuenta la metodología reflexiva y B-Learning.

En este segundo análisis se realizó una segunda inferencia en la que se identificaron categorías relacionadas con el resultado de las intervenciones. Es decir, el aprendizaje significativo en las vivencias de los participantes en relación a la SMP, al “Saber” en SMP, el método y metodología, evaluación cualitativa del programa de SMP.

Conviene subrayar que el análisis del aprendizaje significativo aunque pueda parecer un bucle, no es una repetición del primer análisis en que se dieron a conocer los factores de Salud Mental Positiva de los participantes, así como los factores que necesitaban ser fomentados y/o reforzados. En este segundo análisis se tiene en cuenta el formato del aprendizaje reflexivo que fue empleado en el programa.

El proceso reflexivo genera un ciclo de reflexión en el que están incorporados variables y procesos y otros agentes, tales como el conocimiento previo, el nuevo, el contexto social, los sentimientos y emociones, los pensamientos y creencias, la autobiografía, la opinión de los compañeros, la parte teórica (literatura). Los procesos que ahí suceden son los responsables de la reestructuración cognitiva, como consecuencia generan nuevos conocimientos, fomentan nuevas habilidades y promueven capacidades. Los agentes son el aprendizaje colaborativo y la interdependencia positiva.

El circuito en que sucede el aprendizaje reflexivo, en este contexto de promoción y prevención en Salud Mental Positiva, nos orienta a una visión abierta en la comprensión de un fenómeno complejo. El participante realiza un proceso circular y en bucle del aprendizaje recibido. Además, se observa que se va tomando diferente graduación en cada bucle. Es decir, de lo superficial a lo más profundo, de lo emocional a lo racional, elevando el interés en identificar y adquirir habilidades que posibilitan esclarecer el problema o situación, reconocer sus variables, identificar estrategias y desarrollar el pensamiento crítico que les hace cuestionar y reconstruir las estructuras de pensamiento (creencias y actitudes).

La identificación del aprendizaje significativo se basó en la definición del aprendizaje significativo: “que este promueve el aprendizaje transformador, en el cual la autorreflexión fomenta ser más abiertos mental y emocionalmente capaces de realizar cambios personales y reflexionar. Siendo este un proceso promotor de crecimiento intelectual y emocional” (Mezirow, 1997).

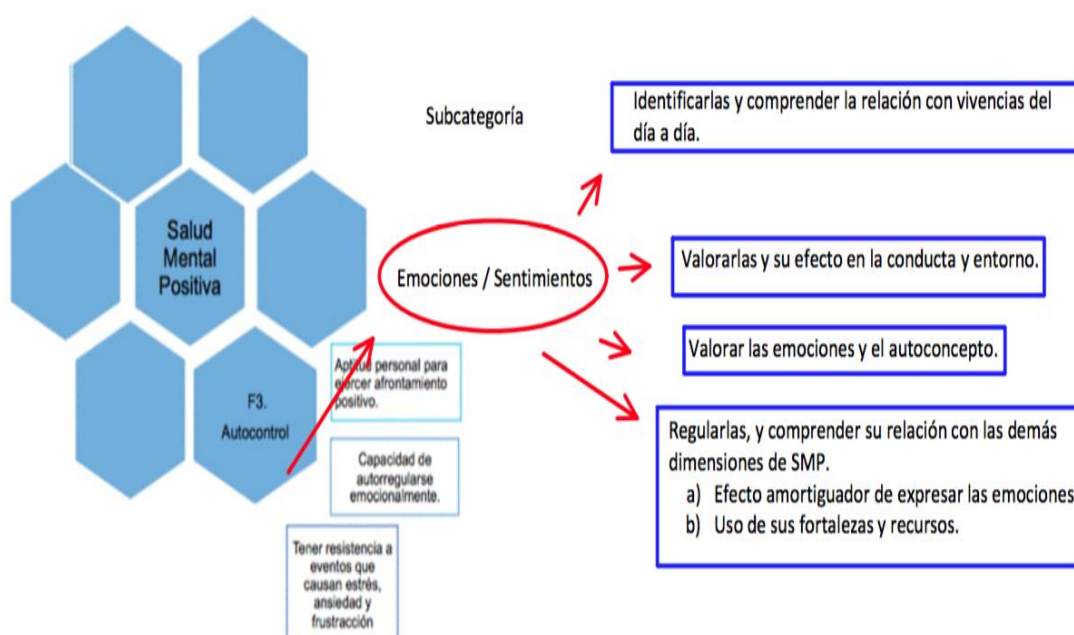
A causa de eso hay varios ciclos de reflexiones, para llegar al aprendizaje significativo.

8.3. Valoración del aprendizaje significativo teniendo en cuenta la promoción de factores de SMP.

En la valoración de las dimensiones SMP **al final del programa** se realizó un segundo proceso de inferencias en el que fue utilizado el método inductivo; para poder identificar las categorías que aún no habían emergido en el primer análisis. Tras el proceso, se observó que las dimensiones que se presentaban fortalecidas en el inicio del programa se mantuvieron en el final de este (por ejemplo: habilidades de relación interpersonal). La diferencia fue que, al final del programa, los participantes se servían de ellas como recurso para ayudar a fomentar a las que estaban menos favorecidas.

La dimensión menos favorecida identificada en el discurso de los participantes en la primera fase de análisis fue la del **autocontrol**, de ella se derivaban las dificultades en las demás que se presentaban no tan fortalecidas. Se llegó a esta conclusión a través de la identificación de elementos relacionados con las emociones/sentimientos en los factores de SMP alterados en sus relatos.

Fig. 14. Subcategoría emociones y sentimientos.



De la categoría principal autocontrol fue posible identificar en las inferencias realizadas durante el recorrido del programa, dos subcategorías: una es la de **emociones/sentimientos** y otra el **efecto pos intervenciones SMP** y de esta la subcategoría, fomentar el autocuidado en SMP.

De la subcategoría emoción y sentimiento se identificaron cuatro, aspectos relacionados: 1º. identificar las emociones, 2º. comprender la relación con vivencias del día a día, 3º. valorar su efecto en la conducta y entorno, y 4º. regularlas y comprender su relación con las demás dimensiones de SMP.

De esta última emergieron dos subcategorías que son el efecto amortiguador de las emociones y el uso de fortalezas y recursos.

a) Subcategoría 1 y 2. (Véase tabla 17).

En el programa de SMP los participantes **aprendieron a identificarlas y a comprender la relación con vivencias del día a día.**

En esta fase, se trabajó la regulación emocional desde la inteligencia intrapersonal, que es la capacidad de identificar sus propios sentimientos y emociones y las motivaciones de los demás, además de la capacidad de diferenciarlas, así como utilizarlas en la regulación de su vida diaria (Mora y Martín, 2007). Los participantes identificaron qué emociones son las que tienen de manera constante en su día a día y en qué porcentaje y calidad.

Identificar las emociones en nuestro día a día es la primera etapa del aprendizaje de regulación emocional, saber que existen, que están ahí y que son una parte importante de cómo uno se siente, independientemente de la situación.

Mediante las actividades en las que el participante se expresaba por escrito, y el decálogo, se motivó a hacer el análisis desde una posición en que esta valoración favoreciera ejercer el factor de SMP, la independencia y de esta, la flexibilidad. Desde la distancia, posibilita que uno tenga la capacidad de un análisis más amplio y detallado de qué emoción siente y cuál prevalece. El conocimiento de las emociones básicas y sus funciones les ayudaron a identificarlas y entender sus funciones para poder acceder a ellas de manera modulada.

Las emociones básicas son un factor que tiene función fundamentalmente adaptativa, tanto las emociones negativas como las positivas (Greenberg y Paivio, 2000). Es importante el conocerlas, no solo desde el concepto, sino desde una percepción personal de cómo estas emociones actúan en uno mismo (cognitiva y conductual) y su relación con el entorno. Se deben entender y comprender las dimensiones esenciales relacionadas (autoconciencia, conciencia social, automanejo, manejo de relaciones) para poder identificar las estrategias así saber manejarlas a favor del que la experimenta (Goleman, 2001).

Mayer, Salovey y Caruso (2004), proporcionaron una definición ampliada de inteligencia emocional considerándola más que habilidad de regular la emoción: “añadiendo que además de identificar la emociones y sentimientos, se incluye la capacidad de acceder y generar emociones nuevas, y asistir el pensamiento, comprender las emociones y el conocimiento emocional y regular de forma reflexiva las emociones, así como promover el crecimiento emocional e intelectual.”

Durante el análisis cualitativo se observó que los participantes iban trabajando varias dimensiones de la inteligencia emocional sin seguir un orden jerárquico, centrándose en las que necesitaban ser trabajadas. Esta diversidad es más bien fruto del desarrollo del proceso reflexivo durante el programa de SMP y da singularidad de cada persona.

Hay que resaltar que no fue planteado durante el programa ningún modelo fijo de inteligencia emocional. Debido a la flexibilidad de las estrategias se favoreció el trabajar la inteligencia emocional, pues en ellas estaban integrados conocimientos, habilidades y capacidades que son necesarios para realizar la regulación emocional. A medida que los participantes fueron realizando las intervenciones, fueron trabajando de manera individualizada y grupal habilidades relacionadas con la Inteligencia emocional.

b) Subcategoría 3. (Véase tabla 17).

Valorar las emociones y sentimientos su efecto en la conducta y entorno.

En esta etapa, los participantes pasaron a distinguir las emociones/sentimientos, así como a identificar la influencia de otros elementos en la presencia e intensidad y en la modulación de la emoción/sentimiento, como son: el cansancio, los problemas, estrategia de afrontamiento, emociones positivas, como la alegría, el optimismo, y las reacciones de afecto, como es el cariño. El hecho de ampliar el espectro de valoración permitió al participante desde la independencia saber qué habilidades emocionales tienen, así como qué estrategias emocionales efectivas utilizan o no en su día a día.

Se observó que los participantes hacían uso de diferentes estrategias, como, por ejemplo, la supresión emocional. Es decir, la no expresión emocional y la estrategia de reevaluación cognitiva. En relación a la efectividad, la supresión no reducía la experiencia emocional, dificultando comprender la emoción (claridad emocional), así como generar emociones nuevas (reparación emocional).

Debido a la ausencia de flexibilidad, la distancia (física o emocional) no posibilitaba el manejo adecuado de la emoción en el que se puedan comprender las emociones y conocimiento emocional, además de promover el crecimiento emocional y personal. Mientras que la estrategia de reestructuración cognitiva posibilita trabajar la flexibilidad y la puesta en práctica de actitudes y creencias que conduzcan a conductas adaptativas y, en consecuencia, generen cambios que le faciliten adaptarse a la situación que tenga que afrontar. (Véase tabla 17).

Con la estrategia de aislamiento social con el propósito de ocultar los sentimientos y con la intención de autoprotección o prevención ante la posibilidad que los demás sepan sobre los sentimientos, tras una situación estresante o la expresión no adecuada en forma de expresión emocional intensa, en el aislamiento social continuo, no se trabaja la expresión emocional ni accede a los recursos necesarios para la regulación y afrontamiento adecuado (Skinner, et al., 2003). El aislamiento está asociado con la estrategia de abandono/desesperación, en el que la persona se rinde.

A través del continuo énfasis en la flexibilidad, los participantes fueron abriéndose a cambios, a conocer y a probar otras estrategias y la manera de mejorarlas a través de sus propios recursos.

Como indican estudios, la flexibilidad fomenta que la persona genere cambios que le permitan adaptarse (Kaiser y DeVries, 2010), la supresión emocional es una estrategia que tiene efecto a corto plazo para afrontar el estrés, pero su uso continuado tiene efecto negativo en la Salud Mental, en caso de estresores incontrolables y estresores agudos o prolongados (Gross, 2002; Gross y John, 2003; Pennley, Tomaka y Wiebe, 2002).

Algunos autores consideran que la supresión en determinados casos es una respuesta eficaz ante situaciones de estrés no prolongado (Chabrol y Gallahan, 2004).

La reconstrucción cognitiva combinada con la capacidad de resolución de problemas se denomina afrontamiento activo (Skinner, et al., 2003). El proceso de regulación emocional parte del afrontamiento activo acompañado de respuestas emocionalmente reguladas (Skinner, et al., 2003). La estrategia de reconstrucción cognitiva lleva a una reevaluación positiva y está asociada a la Salud (Penley, et al., 2002).

El poder expresarse como uno se siente en determinados momentos y situaciones sitúa a los participantes ante personas y situaciones reales con las que estos pueden identificarse, tanto desde el punto de vista emocional como social, causando una reciprocidad empática. Fue una herramienta muy útil. La empatía posee dos dimensiones, una afectiva y otra cognitiva que hacen que la persona sea capaz de compartir sentimientos con el otro, así como de comprender las motivaciones, acciones y también de representar los estados afectivos de los demás (Bernhardt y Singer, 2012).

Los participantes, a partir de esta fase, inician el desarrollo del conocimiento emocional, en el que ellos empiezan a entender la relación entre las emociones/sentimientos y las diferentes situaciones que les obedecen.

A través del proceso reflexivo, los participantes indagaron sobre las causas de sus momentos de desregulación emocional, y con ello se observó que fueron capaces de realizar una diagnosis de cuándo les pasa y qué les lleva a llegar a perder el control (dificultad de gestión emocional, dificultad de generar cambio emocional apropiado, el estrés, el alto grado de exigencia, la presencia de emociones negativas y el uso expresivo del pensamiento y sentimiento no adecuado ni al contexto, la persona o el entorno).

Asimismo, ser capaces de evaluar sus aptitudes para comprender las causas de sus emociones.

Esta parte del proceso reflexivo permitió que los participantes comprendieran que les faltaban las habilidades necesarias para regular sus emociones, y el nivel de conocimiento emocional que tenían aún no les facilitaba tener acceso a las emociones y a generar emociones adecuadas y utilizar los recursos cognitivos necesarios para poder aplicar este conocimiento en el contexto real, pues es en el entorno social donde se pone a prueba la regulación emocional.

Como afirman Grewal y Solovey (2005) no se puede desvincular el conocimiento emocional de la evaluación social pues es allí donde esta se manifiesta. La autoconciencia es cómo se siente uno mismo en un momento determinado, es importante para desarrollar la inteligencia emocional (Kemerer y Ćwiekala-Lewis, 2016). El fórum y seminario fueron espacios adecuados para que los estudiantes pusieran a prueba el conocimiento emocional.

Del mismo modo, la reflexión pudo llevarse a un nivel más profundo, siendo posible identificar las creencias que no facilitaban la gestión emocional y el afrontamiento adecuado.

Las creencias son una parte importante relacionada con la autoeficacia (Bandura, 1977). Identificar y comprender las creencias de uno mismo es fundamental para que se pueda clasificar y seleccionar las que son benéficas. Para afrontar el estrés, la persona tiene que tener dos tipos de recursos (personales y ambientales), (Lazarus y Folkman, 1986). Los recursos personales incluyen la Salud, habilidades sociales y creencias positivas.

En el proceso reflexivo, contrastaron lo que identificaron en relación a las dificultades de gestión emocional con los factores de SMP, utilizando el decálogo que les sirvió como referencia, fomentando la autocrítica y la búsqueda de estrategias para modificar tanto el pensamiento como la actitud en relación a la gestión de las emociones (Véase anexo 1, decálogo).

La posibilidad de acceder a varios puntos de vista (seminario y fórum) con una mirada reflexiva desde un aspecto saludable, fomentó en los participantes la flexibilidad. Eso les produjo motivaciones para generar cambios que les facilitasen adaptarse a las situaciones y mejorar la satisfacción personal.

Se observó la importancia de la flexibilidad para trabajar los factores de Salud Mental Positiva. Podemos decir que fomentar la flexibilidad les ayudará a manejar la incertidumbre en relación a la perspectiva de futuro (Kaiser y DeVries, 2010). La flexibilidad va permitiendo integrar en la realidad de los participantes una visión, primero interior y luego exterior, más positiva, que les va facilitando evaluar y elaborar estrategias de manejo emocional desde una perspectiva más amplia y positiva. Ello les posibilita manejar el éxito o fracaso como oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal. La mirada positiva, lejos de ser una estrategia de evasión de los problemas, es una manera de disminuir la percepción de amenazas del entorno, lo cual es saludable para cualquier persona (Lazarus y Folkman, 1986). Considerar las dificultades como desafío ayuda a cambiar las creencias de eficacia, ya que no son vistas como situaciones irresolubles, pues, desde una visión negativa esta limita la posibilidad de afrontamiento adecuado (Folkman y Moskowitz, 2000).

Se observó también el efecto positivo, desde el inicio del programa, del uso de la asertividad, a través de estrategias que tuviesen en cuenta sus sentimientos/emociones y el entorno (físico y emocional). Con ellas, los participantes fomentaban la capacidad de diálogo asertivo, dentro de confrontaciones de ideas y/o opiniones diferentes.

La asertividad contribuye a la persona a aceptar la responsabilidad de sus conductas, mantener la autoestima y la autoconfianza (McVanel y Morris, 2010). Trabajar la flexibilidad también incluye trabajar aspectos resilientes. Como afirman Waugh, et al., (2011), las personas resilientes son capaces de cambiar con flexibilidad sus respuestas afectivas y fisiológicas para satisfacer las demandas de las circunstancias del entorno que cambian con frecuencia.

Desde la flexibilidad, los participantes también trabajaron la elaboración de estrategias de afrontamientos (*comping strategies*) utilizables en su cotidiano como afrontamiento activo (*Active Coping*) al estrés diario. Cuando uno es capaz de desplegar diferentes estrategias para afrontar las demandas diarias de su entorno, este está mejor ajustado y adaptado en el manejo con el estrés (Cheng, 2001). La evidencia apoya la teoría de que una buena Salud Mental y la resiliencia se caracterizan por la flexibilidad psicológica (Kashdan y Rottenberg, 2010).

De igual modo, los participantes pasaron a trabajar también la perspectiva temporal, pues a medida que se planteaban realizar estrategias reguladoras que les posibilitasen afrontar desde una orientación positiva las situaciones diarias, también iban revisando su autobiografía y modelando su autoconcepto y el componente de este, la autoestima, así como sus creencias de autoeficacia (Zhang y Howell, 2011; Kong, Jingjing y Xuqun, 2012). Como consecuencia, influyen positivamente en la satisfacción personal y bienestar (Anić y Tončić, 2013).

C) Subcategoría 4. (Véase tabla 17).

Valorar las emociones y su relación con el autoconcepto.

La identificación con el autoconcepto y sus emociones es algo que los participantes han expresado con frecuencia, sea porque interpretan que son una parte importante de la personalidad o que están relacionadas con su forma de relacionar con el entorno (ser perfeccionista, ser sensible, sentimental). También entra dentro de la normalidad la influencia del estado de ánimo de cómo uno se percibe. Aun así, fue importante para los participantes entender la diferencia entre estar y ser. El grupo del fórum supuso una fuente de experiencias a la hora de observar estas diferencias.

Observar la emocionalidad, desde una perspectiva equilibrada pudiendo reflexionar sobre las diferencias en el ser sensible, ser muy sensible y no dejarse expresar la sensibilidad, posibilita el autoconocimiento, de quiénes somos y lo que sentimos. En el proceso reflexivo observaron que una emocionalidad no regulada, genera una percepción que se traslada a la conducta (ser sensible) su sensibilidad les lleva a la impulsividad, (ser muy sensible) ser todo emoción, (no dejarse expresar la sensibilidad) les cuesta dejar sentir y expresar.

En esta etapa reflexiva, los participantes empiezan a discriminar sus emociones en relación a su autoconcepto. Para ellos la emoción los define. No obstante, esta es una creencia que no está del todo justificada, el autoconcepto es más amplio que una emoción o estado emocional. El autoconcepto se compone de dos dimensiones que son la cognitiva/perceptiva (pensamiento/ conocimiento) y la afectivo/evaluativa, denominada autoestima. Todo ello está formado y modulado por las experiencias, a lo largo de la vida, con el entorno (familia, seres cercanos (profesores, amigos), ambientales (Pantoja y Alcaide, 2013).

La conciencia de que tanto la regulación emocional como el autoconcepto tienen dos dimensiones (cognitiva y afectiva), hace que tanto aquella como este, tengan algo en común: el efecto modulador, tanto de la autoestima como de la conducta. Por ejemplo, la predisposición a sentir afectividad positiva fomenta la abertura mental, el entusiasmo, energía (vigor) que se asocian a un elevado autoconcepto. La afectividad negativa, al contrario, tiende a experimentar emociones negativas, incluyendo la ansiedad, hostilidad y autoconcepto bajo (Heintzelman y King, 2014). Es vital comprender la importancia de la afectividad hacia uno mismo, el entorno, al futuro y sus efectos en el sentir y también expresarla.

Estas reflexiones les fomentó la necesidad de conocer sus emociones, regularlas y comprender su relación con las demás dimensiones de SMP.

d) Subcategoría 5. (Véase tabla 17).

Regularlas, y comprender las emociones y su relación con las demás dimensiones de SMP.

La reproducción escrita del estilo de vida, y de las formas de afrontamiento les ha ayudado, al expresar por escrito los sentimientos/emociones y poder identificar su relación con los factores de Salud Mental Positiva, las actividades diarias (autocontrol), (resolución de problemas y autoactualización), en la percepción momento, es decir, la perspectiva temporal (satisfacción personal), en relación con los demás (las relaciones interpersonales) y otros valores que están relacionados con una adecuada Salud Mental Positiva.

Como consecuencia de esta reflexión, comprendieron que durante el día experimentamos muchas emociones, que eso es normal, pues estamos rodeados de múltiples estímulos, y es fácil dejarse atrapar por ellos. Aprendieron la importancia de graduarlas para que, en caso de que sean negativas, no condicionen el día (autocontrol), que la percepción de las actividades cotidianas es una parte importante de la satisfacción personal,

intervienen en las relaciones personales, por ejemplo, el exigir o esperar mucho de los demás (prosocial), las emociones influyen en el descanso (calidad de vida).

En el mismo proceso de reflexión, identificaron las estrategias que ahora empleaban o que deberían emplear: percibir el momento, sentir las emociones sin sentirse atrapados por ellas, poner cariño a las actividades de la vida cotidiana, graduar las emociones a través del afecto positivo (orientación positiva) y ser tolerantes con uno mismo y con los demás. La capacidad de identificar y expresar de manera adecuada las emociones es muy importante para regularla (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003).

El efecto **amortiguador de expresar las emociones** sobre los participantes queda reflejado en la tabla 17.

Los participantes que tuvieron dificultad en expresar las emociones sintieron la motivación para expresarlas, al descubrir el valor terapéutico de la expresión emocional. Con la reflexión en grupo, comprendieron que la expresión emocional puede adquirir varias formas desde llorar a sonreír, bailar o hasta expresar problemas y/o malestares o dificultades, o, sencillamente, compartir cómo se siente la persona.

También comprendieron lo importante que es no estar cerrado a sentir las emociones ni expresarlas. Cada persona accede a la manera de expresar que le resulta más efectiva en el momento, teniendo la flexibilidad de cambiar de estrategia si así le resulta mejor. Tanto más si se tiene en cuenta que expresar las emociones de manera adecuada ayuda a activar las estrategias adecuadas de regulación emocional y afrontamiento (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003). La claridad emocional está condicionada por la expresión emocional, de manera que es importante saber expresarse de forma adecuada para acceder a las capacidades relacionadas con la regulación emocional y afrontamiento (Moreno-Jiménez, Gálvez Herrer, Rodríguez-Carvajal y Garrosa Hernández, 2004).

Una vez que los participantes ya tenían conciencia del papel de la expresión emocional en la regulación, el paso siguiente en el proceso reflexivo los llevó a conocer los recursos y fortalezas que les ayudarían a fomentar y promover el factor autocontrol relacionado con la regulación emocional.

Para ello hicieron **uso de sus fortalezas y recursos**, identificar y elaborar estrategias. (Véase tabla 17).

En esta parte del proceso reflexivo, identificar las fortalezas no ha sido una tarea fácil, requiere una autoevaluación más profunda en la que se precisa de una parte experimental. Por ejemplo, en relación a la regulación emocional, dependiendo de la intensidad de la emoción, no es una experiencia fácil, como afirma un participante (“No deixar que les emocions negatives bloquegin la nostra vida... i en aquell moment penso que s’acabarà el món” (E.F.A.39.S.), la sensación no es agradable. El ajuste necesario viene a través de la puesta en práctica de estrategias para promover una suficiente distancia emocional (factor autonomía: Independencia), para que la persona pueda acceder a las capacidades necesarias para realizar la regulación emocional, para ello aprendieron a practicar la flexibilidad.

En esta reflexión los participantes accedieron a un conocimiento nuevo, elaborar y/o identificar las estrategias que promuevan la distancia emocional, que produzcan un efecto modulador del estímulo recibido y que tengan un efecto amortiguador de la emoción experimentada.

Los recursos identificados fueron:

(Relaciones interpersonales) *“...tener alguien para conversar y poder contarle situaciones y comentarle lo que le pasó durante el día.”* (E.F.R.60.M)

(Distancia física) *“...però quan me n’adono que això passa el que faig és anar-me’n a nadar o a tocar la guitarra sola en un lloc tranquil fins.”* (E.F.A.39.S)

(Orientación positiva) *“...intento buscar el lado bueno de las situaciones.”* (E.F.E.28.A.)

(La reflexión) *“... afrontarlos con optimismo.”* (E.F.I.59.R)

(Valorar lo que tiene) *“...he aprendido a apreciar y querer todo aquello que tengo.”* (E.F.M.57.A)

(Emociones positivas) *“... intento compensar con sentimientos positivos.”*
(Permitirse sentir) *“...em vesteixo amb el que em ve de gust segons l’humor del dia.”* (E.F.M.15.R)

(El Humor) *“...m’agrada molt riure i fer riure.”* (E.F.P3.D.)

(Hobby, actividad de ocio) *“...me he dedicado a bailar, por tanto la música experimenta muchas emociones en mí.”* (E.F.T.32.G.)

(Autorreflexión) *“... reflexiono sobre el que he fet durant el dia i quines coses podria millorar.”* (E. F. P.3.D.)

El paso siguiente en el proceso fue el cambio como resultado de este aprendizaje. En este paso el proceso reflexivo llevado a cabo ya genera una nueva manera de pensar y actuar.

Tabla 17. Valoración aprendizaje significativo teniendo en cuenta los factores de SMP.

Aportación	
1. Aprendieron a identificarlas y a comprender la relación con vivencias del día a día.	
Participantes	1. Aprendieron a identificarlas y a comprender la relación con vivencias del día a día
E.F.N. 36.T.	"...las emociones y sentimientos que suelo tener a diario son enfado, odio, aburrimiento..., es decir, suelo tener más porcentaje de sentimientos negativos que positivos, pero eso no quiere decir que no tenga sentimientos positivos, solo que predominan más otros."
2. Valorarlas y su efecto en la conducta y entorno	
E.F.N. 36.T.	"... a primera hora de la mañana los sentimientos son negativos, después empiezo a tener sentimientos positivos y termino con sentimientos intermedios, es decir, que los sentimientos al final del día no los considero negativos pero tampoco positivos porque están más relacionados con la falta de energía de un día productivo."
E.F.C.31.A.	"Creo que las emociones influyen mucho en mi día a día y en cómo lo afronto."
E.F.C.31.A.	"...las emociones influyen... creo que también me afecta a la hora de afrontar todas las clases, no en el aspecto de ir o no, porque siempre voy, sino en relación a mi nivel de atención en estas. Me doy cuenta que si me encuentro feliz o alegre tengo mayor concentración."
E.F.M.15.R.	"Pienso que todo el mundo tiene derecho de tener un día malo, pero no por ello pagarlo con las personas que más quieres, aunque es inevitable; por ello decidí en esos momentos refugiarme en mí misma y respirar hondo, me servía para poder tranquilizarme y seguir hacia adelante."
E.F.R.52.O.	"... no considero que tenga demasiado control sobre mis emociones, especialmente la ira. Aunque no me enfado con facilidad, una vez estoy enfadado o furioso, me cuesta razonar y puedo "atacar" a alguien aun cuando en realidad no me ha hecho nada."

E.F.R.60.M.	"...vivir bajo ese nivel de exigencia, como ya sabrás, te lleva a recompensas, sí, pero también a bastante estrés y, en parte, mal estar. Así que tenemos que intentar focalizar esa exigencia en no exigirnos más de lo que podemos y a no ser críticas con nosotras mismas si no conseguimos a la primera lo que queríamos."
E.F.J.20.C.	"...me cuesta mucho gestionar mis sentimientos, sobre todo cuando mis emociones negativas son a causa de una discusión con alguien que forma parte de mi círculo más íntimo." "...comentar que no soy una persona que tenga miedo a llorar o expresar lo que siento, creo que a veces soy excesivamente sincero con lo que pienso/siento y eso mal gestionado puede ser un problema dado que soy "transparente". no ser tan exigente conmigo misma,
E.F.E.19.G.	"En definitiva, los aspectos que creo que debo fomentar son el autocontrol, valorar positivamente las cosas buenas de mi vida siempre, no solo los días buenos, y sobre todo no adelantarme a acontecimientos, estar en el aquí y ahora para no estresarme sin motivo, ya que tengo que confiar en mí misma de que podré llevar a cabo esa actividad que tanto me asusta de forma exitosa."
E.F.V.33.B.	"Soy muy organizada, quizás demasiado, y a veces siento la necesidad de saber qué hacer en cada minuto de mi vida; un aspecto que me gustaría cambiar y dejarme llevar más por las cosas que te depara el día".
3. Valorar las emociones y el autoconcepto	
E.F.M.24.D.	"Soy sensible, y no me cuesta expresar mis sentimientos, no me avergüenzo, es algo natural..." "...soy una persona impulsiva y me cuesta mantener la cabeza templada en algunos momentos."
E.F.R.32.G.	"Soy una persona que todo para mí son emociones".
E.F.H.10.B.	"... soy una persona perfeccionista y exigente conmigo misma. Por ello, a veces me cuesta mucho dejarme sentir, sobre todo sentimientos negativos."
E.F.E.19.G.	"...me exijo mucho a mi misma, y si no lo consigo me enfado conmigo misma."
E.F.P.3.D.	"...considero que sóc una persona que de vegades em costa expressar els meus sentiments quanestic trist o quan tinc algun problema seriós, ja que gairebé mai ploro i de vegades desitjaria poder-ho fer però no em surt."

4. Regularlas, y comprender su relación con las demás dimensiones de SMP	
E.F.L.16.G.	"Més endavant puc distingir diversos sentiments del costat negatiu com són l'avorriment, nerviosisme, inquietud, por... i positius com l'optimisme, energia, interès, curiositat... A més a més, a l'estar rodejada de múltiples estímuls i quan es tracta de no sentir emocions intensament, és fàcil poder deixar de sentir-se negativa i passar a positiva en un període considerablement curt de temps i, així, no sentir-se atrapat per emocions aclaparadores i poder gaudir de tot el que és possible viure en un dia."
E.F.M.15.R.	"...lo que debería fomentar es el poner cariño a las actividades de la vida cotidiana, según qué actividades las veo tan monótonas que incluso me acaban aburriendo y pareciendo una rutina y debería ver el otro punto de vista, el de la positividad y no el de la negatividad, poner como ejemplo el simple hecho de ir a comprar el pan, es algo que lo encuentro como algo indiferente y creo que este hecho favorece la autonomía entre otras muchas cosas."
E.F.A.49.S.	"...emociones negativas tengo, pero no dejo que me influyan en mi día a día, sé graduarlas. Después de haberme sentido triste siempre intento sacar el lado positivo."
E.F.D.47.P.	"No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás" (me río), creo que esta recomendación es la que más necesito fortalecer." "...sin darme cuenta, exijo o espero mucho de los demás y eso sí que quiero cambiarlo, ya he pasado situaciones complicadas con este asunto y he de poner medidas."
E.F.C.31.A.	"...A la hora de irme a dormir también me afectan mis emociones ya que si tengo sentimientos negativos me cuesta más conciliar el sueño porque pienso en la causa de estas, eso hace que mi mente se despeje y no esté lista para ir a dormir."
E.F.T.32.G.	"...cuando algo me produce un sentimiento o emoción condiciona mi día, soy una persona que funciona así, con emociones."
5. El efecto amortiguador de expresar las emociones	
E.F.P.3.D.	"... considero que sóc una persona que de vegades em costa expressar els meus sentiments quan estic trist o quan tinc algun problema seriós, ja que gairebé mai ploro i de vegades desitjaria poder-ho fer però no em surt. En canvi, el fet d'explicar els meus problemes ha millorat des que estic amb la meva novia, perquè se que li puc explicar tot i que ella m'ajudarà tant com pugui per a que els resolgui."
E.F.I.59.R.	"...encara que en el meu dia a dia, no sigui molt comú plorar, quan ho necessito, ho faig. Sense por a sentir-me malament ni que la gent pensi que ploro per qualsevol cosa..."

E.F.L.16.G.	"... soy una persona que cuido las relaciones interpersonales, ya que las amistades y familiares son dos elementos muy importantes en mi vida, ya que cuando lloro o expreso mis sentimientos son ellos los que me escuchan y me apoyan."
E.F.A.19.G.	"...lo que tengo fortalecido es lo de llorar i sentir sin miedo, ya que no me cuesta expresar mis sentimientos , ya que me ayuda a resolver esa situación."
E.F.M.13.L.	"He pogut observar que quan mostro les meves emocions o simplement les parlo amb alguna amiga o persona de confiança hem sentit molt millor, ja que en molts dels casos em donen molta seguretat, i això em proporciona obrir-me a ells i poder explicar-los els meus problemes."
6. El uso de sus fortalezas y recursos	
E.F.R.60.M.	"...socialitzar-se és molt important ja que tenir a algú a qui contar-li situacions, amb qui poder conversar sobre les situacions que han anat passant durant el dia és fonamental ja que això ajuda a no interioritzar els problemes..."
E.F.A.39.S.	"... No deixar que les emocions negatives bloquegin la nostra vida... i en aquell moment penso que s'acabarà el món, però quan me n'adono que això passa el que faig és anar-me'n a nadar o a tocar la guitarra sola en un lloc tranquil fins que ho veig tot com és realment i me n'adono que la meva vida m'agrada molt..."
E.F.H.10.B.	"Aunque me haya equivocado o me salga mal, pero yo sé que lo he hecho lo mejor que sabia. Y que a partir del error puedo seguir aprendiendo... valoro positivamente las cosas que tengo en mi vida, ya que me ayuda a estar más contenta y ver los problemas desde otra perspectiva."
E.F.I.59.R.	"...la reflexión también me ayuda a intentar resolver los problemas que me van surgiendo para afrontarlos con optimismo..."
E.F.M.57.A.	"... creo que a lo largo de meses he mejorado mucho, dado que por circunstancias personales, he tardado mucho en darme cuenta de lo que tenía, aunque me faltaran muchas cosas, he aprendido a apreciar y querer todo aquello que tengo."
E.F.H.10.B.	"Pienso que me cuesta gestionarlos y que lo intento compensar con sentimientos positivos."
E.F.A. 32. T.	"...em vesteixo amb el que em ve de gust segons l'humor del dia, agafó les coses i cap a classe."
E.F.E.28.A.	"...intento buscar el lado bueno de las situaciones." "Las emociones y sentimientos tienen un gran peso en mí día a día."

E.F.P.3.D.	"...m'agradaria dir que segueixo molt a la valenta l'última recomanació, perquè m'agrada molt riure i fer riure."
E.F.T.32.G.	"...Desde los cuatro años me he dedicado a bailar, por tanto la música experimenta muchas emociones en mí, y me ayuda mucho en mi día a día, aunque sea un día triste y me ponga música triste."
E. F. P.3.D.	"Abans d'anar a dormir reflexiono sobre el que he fet durant el dia i quines coses podria millorar."

8.4. Análisis cualitativo del efecto post-intervención en las diferentes dimensiones de la SMP

En el análisis realizado después de la intervención se detecta un impacto positivo a la hora de promover y fomentar los diferentes factores relacionados con la SMP. Además de fomentar la necesidad del autocuidado en Salud Mental Positiva. Asimismo, no se identificó ningún impacto negativo de la intervención en los participantes, ni se dio ninguna reacción que no fuera dentro de la normalidad, tanto en el análisis de la expresión escrita, verbal o conductual.

8.4.1. Aprendizaje Significativo teniendo en cuenta los cambios relacionados con los factores de Salud Mental positiva.

Acerca del impacto positivo, resultado de la reestructuración cognitiva derivado del proceso reflexivo individual y grupal, hemos identificado cambios y factores de SMP que fueron reforzados en varios ámbitos. Exponemos algunos ejemplos:

(Satisfacción personal/perspectiva temporal) *“Gracias a esta nueva manera de pensar, he conseguido disfrutar más del presente”*. (E.F.H.10.B.)

(Autoeficacia/empoderamiento/ autoconcepto) *“...voy a intentar creer más en mí, vivir las experiencias de forma positiva, no mezclar lo personal con lo profesional y a la inversa, voy a tener siempre mi propio criterio y nunca voy a dejar que nada ni nadie me influya, si me equivoco en algo intentaré aprender de ello y mejorarlo y por último descargaré mis tensiones expresando mi opinión y realizando deporte como intento hacer a día de hoy.”* (E.F.L.45.J.)

(Autocontrol/regulación de la conducta) *“Hay veces que las formas no son las correctas y también a veces me afectan tonterías. La última vez que me sentí mal por una tontería me paré a pensar conmigo misma (esto cuando me enfado NUNCA lo había hecho.”* (E.F.C.33.C.)

(Autocontrol/Independencia *...intentaré no tomarme las cosas muy a pecho, es decir, que no me preocupe en exceso por los pacientes. Y en los momentos en que me encuentre estresada, pararme a reflexionar un momento y ver el lado bueno de las cosas.*) (E.F.V.31.A.)

(Autoconocimiento/autoactualización) *me propongo hacer un análisis casi a diario de manera holística sobre mi vida, mi trabajo, mis motivaciones. Para así fortalecer mi salud mental positiva y no venirme a bajo ante las adversidades.* (E.F.A.43.E.)

(Autocontrol/Conocimiento emocional *Però penso que sí és important coneixer-se internament, així que a partir d'ara a part de tot el que crec que ja feia correctament estaré mes pendent de mi internament, de les meves emocions, sentiments i pensaments.*) (E.F.O.29.B.)

(Resolución de problemas/afrentamiento) *Falta un treball personal, que a arrel de l'assignatura estic començant a fer. M'escolto a mi mateixa, sobretot quan tinc conflictes interns i miro de trobar la solució més adient. M'ajuda a saber gestionar els meus sentiments i emocions, i no reprimir-ho, ja que, abans ho feia molt.* (E.F.J.20.C)

(Autocontrol/Claridad emocional/regulación emocional) *En canvi, el fet d'explicar els meus problemes ha millorat des que estic amb la meva nòvia, perquè se que li puc explicar tot i que ella m'ajudarà tant com pugui per a que els resolgui. També he de dir que sempre els resolc ràpidament perquè sinó em "ratllo" molt.* (E.F.P.3.D.)

(Autocontrol/expresión emocional *...em considero molt reservada... Crec que això em proporciona que tingui sentiments negatius envers les emocions que no gestiono, i com he dit abans, m'agradaria que a poc a poc pogués demostrar amb més rellevància aquestes emocions per així sentir-me molt millor en mi mateixa.*) (E.F.M.13.L.)

(Satisfacción personal/resolución de problemas y autocontrol) *El exigirme progresivamente e ir consiguiendo metas me crea satisfacción y mientras las realizo, como van saliendo pequeñas complicaciones y las voy solucionando, voy aprendiendo a autorregularme. Detecto el problema, intento asimilarlo y me marco los mejores objetivos para solucionarlos.* (E.F.M.50.O.)

(Satisfacción personal/perspectiva optimista del futuro) *“Mi capacidad de organización es mucho mejor y más satisfactoria porque he aprendido a ponerme metas realistas.”* (E.F.H.10.B.)

(Resolución de problemas/afrentamiento/resiliencia) *“...analizar los problemas que van surgiendo, aceptarlos, intentar buscar soluciones y estrategias de afrontamiento y ver las soluciones obtenidas (y buscar otras si no funcionan).”* (E.F.S.4.N.)

(Actitud prosocial/habilidad de relación interpersonal) *“Recordar que cuando una persona muestra una actitud hostil, o de desacuerdo, y responde con malos modales hacia el personal, nunca está atacándonos personalmente a nosotros mismos, sino que es su manera de revelarse contra la situación que está viviendo y hemos de lograr resolver la situación de una manera asertiva.”* (E.F.J.20.C.)

(Autonomía/Independencia/autoactualización) *“Uno de los cambios que veo, es que ahora no utilizo tantas actividades o maniobras o estrategias para evitar pensar o sentirme sola.”* (E.F.H.10.B.)

(Resolución de problemas/autocontrol/ regulación de la conducta) *“buscar actividades para relajarnos mentalmente, la tengo más que desarrollada y ahora controlada, que como comento antes la utilizaba en exceso”.* (E.F.H.10.B.)

(Satisfacción personal/autocuidado en Salud Mental) *“Tengo claro que ahora más que nunca no voy a dejar de cuidar mi salud mental y, conociéndome, sé que si en un momento dado lo necesito me alejaré y reflexionaré mi situación, le dedicaré tiempo libre a actividades que me hagan sentir bien, pararé e intentaré mirar soluciones, porque siempre las hay, todo tiene una solución menos la muerte.”* (E.F.A.21.U.)

Al observar los cambios y factores que fueron reforzados nos hace confirmar la naturaleza holística de la promoción en Salud Mental Positiva. En ella se observa también que la SPM está integrada por diversos conceptos que componen de factores intrapersonales y contextuales.

El modelo de Salud Mental Positiva representativo debe expresar esta interacción, dinámica y equilibrada entre sus diferentes factores como se puede ver en los resultados cualitativos expuestos. Aunque es un fenómeno que no está suficiente investigado y tampoco hay consenso en qué parte pesa más, la contextual o la intrapersona (Costa Galinha y Pais-Ribeiro, 2012).

Identificar qué factor es el desencadenante para el desequilibrio de los demás factores de SMP es una tarea importante en la promoción y prevención y se debe enseñar a la persona a identificarlo, para poder fomentarlas. En consecuencia, el paso siguiente en el proceso de reflexión fue respecto a la Promoción y prevención en SMP centrándose en el autocuidado.

8.4.2. Aprendizaje Significativo Fomento del autocuidado en SMP.

Fomentar el autocuidado en SMP a través del programa fue el resultado que posibilitó dar a conocer a los participantes una prueba práctica de la importancia de cuidar y promover su SMP.

A partir de entonces, los participantes creen en la importancia de tener una adecuada Salud Mental Positiva, pues les influye tanto en la vida personal como profesional. Además, pasaron a considerar la promoción y prevención en Salud Mental Positiva no solo como una necesidad del paciente, sino también del profesional.

“Después de ser consciente de lo mucho que influye tener una salud mental positiva a la hora de estar bien con tu entorno que me importa y no solo como profesional sino también como persona.” (E.F.A.21.U.)

“...aquesta assignatura he començat a valorar-me més i a tenir més cura de la meva salut mental positiva (E.F.R.60.M.)

“Considero que es muy importante mantener y promover la salud mental positiva de enfermería ya que para proporcionar un cuidado es necesario mantener una salud óptima.” (E.F.M.24.D.)

“Considero que es muy importante trabajar la salud mental positiva en todo momento, ya que nuestro estado de ánimo influirá mucho en nuestros pacientes.” (E.F.M.50.O.)

El autocuidado es un buen indicador de resultado cualitativo del programa de promoción y prevención en Salud Mental Positiva, pues ha conseguido que el participante tenga una actitud activa hacia la promoción de su Salud Mental. Eso garantiza la duración de los efectos del programa así como una adopción de un estilo de vida que fomenta el bienestar.

8.5. Aprendizaje Significativo en relación al Saber en SMP.

Al analizar en el discurso de los participantes el **aprendizaje significativo** en relación al **Saber en SMP**, utilizando el modelo categorías proveniente del método inductivo se identificaron tres categorías principales y varias subcategorías que están destacadas en negrita en el texto y en tamaño grande.

1. El concepto Salud Mental Positiva. Subcategorías: Conocimiento sobre SM, visión patológica SM y Efectos.

2. Visión positiva SM. Subcategorías: SM desde otras perspectivas y despertar positivo en SM: subcategorías:
 - a) Valoración del autocuidado en SM.
 - b) Empoderamiento.
 - c) Práctica profesional/ Práctica profesional en enfermería.
 - d) d) Factor protector.

3. El estilo de vida. Subcategoría: análisis más profundo del estilo de vida; el progreso, el antes y después SMP.

En el aprendizaje significativo de los participantes en relación Saber en SMP, se observaron varias fases. En primer lugar, la ausencia de conocimiento y sus creencias, reevaluación del conocimiento en forma de contraste y una elaboración de un nuevo conocimiento en el que el participante lo pone a prueba, generando nuevo conocimiento/cambio. En el discurso de los participantes se percibe, cómo de manera progresiva, se va notando el cambio de los antes y el después.

El análisis del material de los participantes generado a partir de las intervenciones realizadas en este programa nos proporcionó una perspectiva de la actual situación de la salud mental en ausencia de patología psiquiátrica.

En relación al conocimiento del **Concepto de SMP** se observó que una parte importante de los estudiantes desconocían qué es la Salud Mental y que esta comprende la parte positiva. El desconocimiento de la Salud Mental es comprensible ya que era el primer curso en el que tenían al mismo tiempo las dos asignaturas en que se trata de la Salud Mental. De la Salud Mental Positiva no tenían conocimiento ni que existiera el concepto ni que esta formara parte de la Salud Mental. Las actividades introductorias en el tema de Salud Mental Positiva — tanto la primera teórica como la primera del seminario, así como la teoría cinco, en que se reflexiona sobre la salud mental del profesional sanitario, así como el seminario y el fórum relacionados con el tema— fomentaron el contraste del concepto personal de Salud Mental y Salud Mental Positiva con la literatura así como el trabajo de la asignatura.

El proceso reflexivo individual y grupal en relación al concepto de Salud Mental, se inició revisando qué sabían sobre el concepto Salud Mental y Salud Mental Positiva, a raíz de dicha revisión empezaron a entender que no los conocían. Con eso, comprendieron que no tenían claro los conceptos. Expongamos algunos ejemplos:

“...Sincerament no sabia què era la salut mental positiva, després de la primera classe he pogut començar a veure per on va, encara que tot plegat és molt complex.” (E.F. 17.P.)

“Abans de començar l’assignatura, no tenia molt clara la definició de salut mental positiva, per ser sincera, tampoc tenia clara la definició de salut mental.”
(E.F.A.21.V)

“¿Qué es salud mental positiva?... Nunca me lo planteé hasta escoger esta asignatura.” (E.F.M. 22. S.)

La razón de la importancia de saber estos dos conceptos para la promoción y prevención en Salud Mental Positiva, reside en que pueden influir en sus creencias hacia la Salud Mental y con estas, sus conductas hacia la promoción y prevención.

El no conocimiento de que la Salud Mental también comprende un parte positiva, hizo que en las creencias sobre la Salud Mental predominase una visión patológica.

La **visión patológica de la Salud Mental** hace que a nivel personal uno no se sienta identificado con la Salud Mental pues solo la tiene quien padece una patología psiquiátrica. De manera que desconoce que también la tiene, pues el concepto Salud Mental se usa tanto para indicar patología como para indicar Salud.

“Quan penso en aquest concepte, directament imagino un centre psiquiàtric, suposo que els estereotips sobre aquest tema, també m'influeixen a mi. Entenc que formarà part del meu desconeixement.” (E.F.A.26.S.)

Desde el punto de vista de la promoción y prevención en Salud Mental, esta creencia dificulta que la persona vea la necesidad de cuidar algo que no tiene (Salud Mental), en caso que se llegue a tener es mala y no se debe fomentar.

La reflexión hizo que analizaran qué fue lo que les influenció a tener tales creencias sobre la Salud Mental y percibieron que habían sido influenciados por todo lo que significa el estigma que conlleva el término de Salud Mental, también por la falta de conocimiento sobre el tema.

“...crec que durant molts anys la salut mental ha sigut un tema tabú, des de l'aspecte sanitari com des de l'aspecte més social.” (E.F.E.41.F.)

“Considero que som inconcients també alhora de no veure tot el que comporta la salut mental, partint de que la ignorància és el nostre pitjor enemic...” (E.F.N.62.B.)

Al profundizar en esta reflexión se pudo llegar a los efectos de las creencias relacionadas con la Salud Mental, basadas en estigmas y desconocimiento.

A nivel profesional esta visión patológica puede **producir efectos en la persona**, negativos, como por ejemplo, miedo, inseguridad o rechazo a trabajar con personas que padezcan patología psiquiátrica o también generar frustración a la hora de dar cuidado. El hecho de no saber qué tipo de cuidado se puede dar a una persona en esta situación, dificulta empezar y gestionar la relación terapéutica enfermera-paciente.

"...ahora mismo sin tener realmente conocimientos sobre la asignatura creo que no me gustaría trabajar en este ámbito como futura enfermera pero sí conocer acerca de ello (E.F.T.32.G.)

"...me ayudaría a entender un poco mejor a los enfermos mentales a nivel más psicológico ya que a estos pacientes me cuesta esfuerzo saber tratarlos, me causan incomodidad quizás y no sé muy bien cómo dirigirme a ellos". (E.F.V.31.)

Una vez siendo capaces de identificar sus creencias y los efectos de estas serán capaces de modificarlas (Bandura, 1977).

"...porque creo que es una faceta importante de las personas pero que no se le da la importancia que merece, ya que en el mundo sanitario tienden a centrarse en la patología." (E.F. E.56.C.)

Obtener conocimiento sobre una **visión positiva** en relación a la Salud Mental no solo hizo que los participantes evaluaran su concepto de Salud Mental y tomaran conciencia de qué es Salud Mental Positiva. Sino también el cambio conceptual, que permitió que los participantes entendieran que la salud mental la tenemos todos, y eso incluye a los profesionales sanitarios.

Además de que esta nueva visión no posibilita únicamente identificar los valores positivos relacionados con la salud mental, sino que también abre al profesional la adaptación del enfoque Salud Mental Positiva (SMP) en la promoción de la SM hacia su práctica profesional y a su vida personal (Lluch-Canut, 2002a).

“M'agradaria afegir que encara que vaig sentir frustració al conèixer el contingut de l'assignatura, és cert que en el pla d'estudis estaven ben clars els objectius d'aquesta, i suposo que vaig ser jo el que em vaig imaginar el que no era, ja que com a molta gent, tendia a veure el terme "salut mental" com algo patològic, i aquesta assignatura, a més, m'ha ensenyat a que quan parlem de salut mental és un terme que engloba salut. Hi ha tot un món molt gran a treballar dins del marge del que entenem com a "saludable" de gran importància per tal d'evitar que la persona no arribi al procés patològic.”
(E.F.A.43.E.).

“Hasta ahora no era consciente de que tuviésemos una “salud mental positiva.”
(E.F.R.60.M.)

Una vez que sus creencias en relación a la Salud Mental cambiaron, el enfoque positivo de la salud mental generó otro proceso de reflexión en el que ya estaba presente el comprender la Salud Mental desde lo sano.

Desde esta visión empezaron a contrastar la **Salud Mental desde varias perspectivas**, como el rol de enfermería, la Salud Mental de las personas en ausencia de patología psiquiátrica, la relación salud física y SM, la prevención en SM, la SM como valor.

“...quin és el paper de la infermera i com puc ajudar a les persones.”
(E.F.L.17.P.)

“...porque me interesa mucho conocer la salud mental de las personas, ya que creo que tiene mucho que ver con la salud física de uno mismo.” (E.F.A.49.S.)

“... sería muy importante que una enfermera tuviera cierto conocimiento sobre cómo ayudar a las personas de una manera preventiva trabajando su salud mental.” (E.F.M.22.S)

“...conocer e interiorizar la salud mental ya que es un valor imprescindible en nuestras vidas”. (E.F.M.22.S.)

El proceso de reflexión generó en los participantes un **despertar positivo** en relación a la Salud Mental, que dio inicio a varios ciclos de reflexiones. A partir de entonces, sus intereses no estaban solo en saber que existe la SM, pasaban también por entender que es importante saber qué es la Salud Mental y cómo se integra la Salud Mental Positiva en la vida.

“Ara que he descobert el què és la salut mental, penso que és vital a les vides. Però no només com a personal sanitari sinó per tothom”. (E.F.M.51.C.)

“Son muchos los conceptos que ahora podemos relacionar para saber que nos guían hasta la salud mental positiva, y por eso sabemos que si una persona no está bien consigo misma, es decir que no tiene una salud mental positiva, es difícil que guíe a sus pacientes hacia ésta.” (E.F.A.21.U.)

El enfoque positivo de la Salud Mental favorece que el profesional se abra a la adaptación del enfoque Salud Mental Positiva (SMP) en el cuidado de enfermería y en su autocuidado (Lluch-Canut, 2002a).

La reflexión los llevó a un paso más en el saber, ya eran capaces de relacionar la Salud Mental Positiva con el cuidado de enfermería. Percibieron algo importante en la promoción en Salud Mental Positiva, pues requiere un saber que engloba también el ser capaz de fomentar su propio autocuidado en Salud Mental Positiva.

El proceso reflexivo siguiente fue la autoevaluación, el Saber en **autocuidado en relación a la SMP** y qué estaban haciendo para fomentarla. A través del pensamiento crítico, los participantes llegaron a la conclusión de que no eran conscientes y por ello no les importaba fomentar ni promover su Salud Mental Positiva. A partir de este momento, en que tomaron conciencia de la SMP y su importancia para su bienestar, fue posible llegar a pensar en la importancia del autocuidado en Salud Mental.

"Hasta ahora no era consciente de que tuviésemos una "salud mental positiva", pero ahora que soy consciente creo que es importante saber cuidarla y conservarla, ya que gracias a ella seremos capaces de dejar los problemas a un lado y seguir adelante con nuestra vida." (E.F.R.60.M.).

"Hasta hace poco no me importaba. Es decir, no sabía bien bien lo que era. Pero a partir de ir conociendo más acerca del tema (en clase) y viendo cosas que a mí me pasan, me paré a pensar y me propuse hacer ciertos cambios." (E.F.C.34.C).

Se observó también el desarrollo del **Empoderamiento** en relación a la capacidad de desarrollar competencias para fomentar y promover su propia salud mental y la de los demás.

“Además, esta asignatura me ha hecho reflexionar sobre si de verdad cuido mi salud mental y, lo más importante, intentar poco a poco cuidarme a mí misma en este aspecto poniendo más atención en las cosas positivas y en mis sentimientos, y no solo conmigo misma sino que también lo he aplicado al resto ya que me preocupo más por los sentimientos del resto e intento que se expresen y desahoguen para que se sientan mejor con ellos mismos.”
(E.F.E.56.S.)

En relación a **la práctica profesional** el despertar positivo en SM reguló la percepción emocional al tratar del tema, aunque la salud mental sea un concepto complejo, ya no produce miedo o inseguridad. Los participantes reflexionaron sobre la importancia de la SMP, tanto a nivel laboral como personal. Lo que favorece que en la práctica profesional se impliquen en la promoción y prevención en SM a través de su autocuidado en Salud Mental Positiva. Pues la Salud Mental ya no es solo ausencia de enfermedad.

“Tenir un bon estat de salut mental o física no només consisteix en l'absència de malalties o trastorns, sinó en disfrutar i beneficiar-se de capacitats i recursos que ens permetin resistir obstacles o adversitats. I per això cal cuidar-nos a nivell bio-psico-socia i espiritual, per tal de transmetre bones sensacions i oferir/donar un bon cuidatge assistencial als pacients.” (E.F.R.60.M)

“...crec que en infermeria ens podem trobar pacients que tinguin algun tipus de transtorn mental en qualsevol de les àrees que treballésem, així que és important conèixer sobre el tema i saber tractar amb els pacients.” (E.F.M.23.C)

La reflexión siguiente fue la influencia de la SM en el cuidado, en sus reflexiones empezaron a valorar la presencia de la SMP, pero que esta es invisible. Influye en la práctica, está presente en la relación terapéutica (enfermería-paciente), y puede influir en la calidad asistencial pero no tiene la visibilidad en que se pueda reconocer su presencia, aunque si no está se nota diferencia.

"...Penso que la salud mental positiva és fonamental per a les relacions socials de la persona, i també amb la relació d'ajuda que establim amb el pacient. "
(E.F.A.55.C.)

"...la salud mental positiva influirà en tots els àmbits de la nostra vida, en el laboral, personal, social... per això penso que la salud mental positiva d'un professional influirà en els cuidatges assistencials que aquest doni als pacients." (E.F.A.55.C.)

"Comparteix amb tu que per tenir una bona qualitat assistencial en l'àmbit sanitari és essencial que el professional d'infermeria estigui bé en si mateix i ho reflectirà en els seus cuidatges." (E.F.I.59.R)

" Pienso que la salud mental positiva del profesional de enfermería está directamente relacionada con la calidad asistencial." (E.F.R.60.M)

Del cuidado al paciente, la reflexión siguiente fue el bienestar profesional. Este proceso reflexivo los llevó a considerar la Salud Mental Positiva como un **factor protector** en la práctica laboral, ya que el profesional está expuesto al estrés, al síndrome de agotamiento profesional, físico y psicológico y a los conflictos en la relaciones (paciente, familias, compañeros), y las adversidades laborales.

"Como enfermera voy a verme sometida a niveles de estrés muy altos que pueden originarme un síndrome de agotamiento profesional, físico y psicológico, con actitudes inaceptables hacia los demás (Burnout) u otras afectaciones graves y es por ello que me importa el hecho de tener una salud mental positiva." (E.F.L.45.J.)

"Me interesa especialmente aprender de ello para que no solo mi calidad asistencial esté enfocada al paciente, sino también para mantener un buen estado de ánimo delante de las adversidades y la rutina durante mi trayectoria profesional." (E.F.L.9.F.)

”Penso que un professional que tingui salut mental positiva atindrà millor als seus pacients i familiars i també tindrà més bones relacions amb els companys de feina, ja que, sabrà regular les seves emocions.” (E.F.M.23)

En relación al aprendizaje significativo hacia el **estilo de vida**, este proceso reflexivo es el resultado de todos los ciclos reflexivos anteriores. El cambio en el estilo de vida es una garantía para que los efectos benéficos alcanzados en el programa sean más duraderos. Al inicio de este ciclo reflexivo sobre el estilo de vida se observó que tenían una vida basada en una rutina, sin más posibilidades que el cumplimiento de horarios y actividades, y que muchas veces la forma de afrontarla dependía de cómo estaba su estado anímico, admitiendo dejarse llevar antes por un estilo de vida regido por la monotonía.

Por más que esta pueda parecer una descripción sin más interés que el de describir rutinas, el 70% de los estudiantes realizaban una descripción parecida. Al preguntarles si la descripción era por un error de interpretación de la actividad, la respuesta fue que no, que ellos tenían el día basado en horarios y lo afrontaban sin más motivación que la de llegar al final de la “meta”.

“Dejo pasar las actividades diarias porque llegan a ser tan rutinarias que las hago por mecánica y como simples actividades que me toca cada día hacerlas, sin darles importancia. La mayoría de las veces hago las actividades sin pensar, una después de la otra, siguiendo la rutina y con falta de ganas, con ganas de estar haciendo otra cosa o estar en otro lugar en ese momento.” (E.F.M.51.C.)

En el proceso de reflexión, llegaron a identificar cuáles fueron los motivos para que esta fuera el estilo diario de vida. En estos motivos se encontraban, el estar fuera del entorno conocido, el estado de ánimo y la rutina marcada por horarios.

“Mi día a día es bastante rutinario, voy a la universidad y vuelvo al piso, quedo con las amigas, voy al gimnasio, a comprar... Mi rutina sería muy diferente si viviera con mis padres, y fuera a la universidad en mi ciudad” (E.F. T. 32.G.)

“La verdad, no suelo despertarme de buen humor ya que me gusta mucho dormir y muy poco obedecer horarios (que básicamente marcan toda mi rutina).” (E.F. J. 20. C.).

En el inicio, se observaba el efecto de la baja flexibilidad y cómo percibían su realidad a partir de esta, además de la influencia en el estado de ánimo. Lo que hacía que, en ocasiones, el afrontamiento hacia las actividades diarias no fuese el adecuado, y eso no favorecía a la adaptación.

Compartir sus vivencias (Fórum/seminario) fomentó el contraste de realidades ante un mismo fenómeno, el de hacer una carrera universitaria. Ello generaba **un análisis más profundo del estilo de vida** que permitió encontrar elementos positivos en el día a día, los cuales quizá no los valoraban ya que se trataba de una rutina.

“Creo que nuestros días se parecen mucho, parecen los días muy aburridos, pero en verdad creo que nos lo pasamos mejor que como lo explicamos. Me ha gustado la explicación de tu día y me hubiese gustado que explicaras un poco más de ti en la presentación.” (E.F.M.57.A.)

“Después de ser consciente de que sí valoro las cosas positivas, de que sí que cuido mis relaciones interpersonales y de que las cosas que hago las intento hacer con cariño y esfuerzo la mayoría de veces, toca hacer autocrítica.” (E.F.M.24.D.)

Al trabajar la flexibilidad los participantes se fueron, permitiendo integrar la realidad exterior e interior con una visión más positiva.

En el ciclo reflexivo siguiente se incorporó un paso adelante en relación al cambio en la rutina de los participantes. **El progreso** se basó no solo en identificar los elementos positivos en su rutina, sino también en la necesidad de cambiar la actitud en relación a lo que hacen y cómo lo hacen, independientemente de las circunstancias. De ese modo, se extrae lo positivo de los momentos, se favorece un crecimiento personal así como la regulación del estado anímico.

"...tema sobre "Un día para nosotros" lo hice sin pensar tanto en los sentimientos y emociones que me aportaba cada acción que hacía a lo largo del día, pero para el siguiente trabajo que debíamos preguntarnos a nosotros mismos sobre lo que sentíamos en cada acción que realizábamos, me he dado cuenta que muchas cosas que desde mi punto de vista me creaban sentimientos negativos que en el fondo no eran tanto. Es decir, que también me aportaban cosas positivas; el ejemplo que puse en clase fue el hecho de ir a clase que no me gustaba por el hecho de madrugar y que algunas asignaturas me parecían pesadas y no me interesaban; pero después, al pensar en lo que hacía y en lo que me reportaba, veía que la cosa cambiaba ya que me lo pasaba bien y aprendía diferentes conceptos o formas de cuidar que me agradaban." (E.F.E.56.S.)

Con esta visión más positiva a causa de la flexibilidad, se amplió el manejo de la realidad, que fomenta capacidades que favorecen el bienestar (optimismo, la gratitud y la orientación positiva).

"...solemos tener una vida tan ajetreada que no tomamos consciencia de cómo hacemos las cosas y las hacemos simplemente de forma mecánica, considero vital poner cariño en todo lo que hacemos porque si damos lo mejor de nosotros que cada cosa que hacemos, nos sentiremos realizados y seremos más felices." (E.F.M.53.R.)

“... creo que a lo largo de meses he mejorado mucho, dado que por circunstancias personales, he tardado mucho en darme cuenta de lo que tenía, aunque me faltaran muchas cosas, he aprendido a apreciar y querer todo aquello que tengo.” (E.F.M.57.A.)

“Creo que tengo la capacidad de valorar positivamente las cosas que tengo en mi vida y de poner cariño en las actividades de la vida cotidiana.” (E.F.N. 36.T.)

En la reflexión siguiente, pasan a considerar el ser capaces de utilizar la información recibida en el programa de una manera favorable para su promoción y prevención en Salud Mental Positiva y también en su crecimiento personal.

“Considero que gracias a la actividad realizada en el seminario, hemos podido darnos cuenta de las cosas que nos afectan a nosotros mismos, una reflexión que nunca antes te habías parado a pensar y que es una herramienta muy útil para hacer un repaso a tu vida, y reflexionar sobre las cosas que deberíamos mejorar.” (E.F.M15.R.)

8.5.1. Aprendizaje Significativo teniendo en cuenta la metodología reflexiva y el Método B-Learning.

El aprendizaje significativo en relación al Saber teniendo en cuenta a la metodología reflexiva empleada y el uso del método B-Learnig es un buen indicador para valorar el efecto del empleo de este tipo de metodología, así como las estrategias empleadas teniéndolas como referencia. Sirve también para comprobar la interacción entre las estrategias y la metodología y el método. El resultado de las inferencias utilizando el modelo inductivo, emergió dos categorías:

La primera la Metodología reflexiva, subcategoría: el método B-Learning y dinámica metodológica. La segunda categoría evaluación cualitativa del programa desde el punto de vista del participante. Las categorías y subcategorías están destacadas en negrita en el texto y en tamaño grande.

En relación a la **metodología reflexiva**, la reflexión realizada de una manera ordenada con un fin práctico, como es el aprendizaje significativo, es una experiencia positiva ya que posibilita el ir más allá de la parte teórica del conocimiento. Los participantes expresaron que:

“...muy positiva donde nos hemos podido parar a reflexionar sobre nuestros sentimientos y sobre nuestro día a día.” (E.F.M.50.O.)

La reflexión en grupo, aunque al principio no les pareció algo fácil, fue una experiencia que indicó que es difícil darse a conocer y conocer a los demás. En el trascurso del programa pudieron verificar que fue una herramienta útil para la expresión de conocimientos, ideas sentimientos/emociones y preocupaciones. El compartir les fomentó no solo la colaboración y contrastar realidades, sino también las habilidades sociales (la empatía, la cortesía), el autoconocimiento y hacerse conocer por lo demás.

“En quant a les reflexions en el fòrum, penso que tot i que al principi em costés una mica, finalment he vist la seva utilitat i m’ha ajudat a interioritzar les idees i donar-me compte de moltes coses del meu dia a dia que jo passava per alt i realment són importants.” (E.F.C.31.A.)

”També crec que el fòrum és una bona eina per obrir-se als companys en petit comitè, que sempre és més fàcil, i crec que el fet de comentar i rebre els comentaris dels companys és una gran ajuda per saber des d’una perspectiva diferent el que pensen i com afronten de manera diferent situacions semblants que et fan reflexionar.” (E.F.L.54.G)

El trabajo en grupo utilizando el **metodo B-Learning** formato Seminario/ fórum reflexivo, posibilitó el conocimiento compartido a través de las actividades compartidas y experiencias personales, que aportaron ejemplos de factores de SMP hasta la profundización de conceptos como el caso de SMP.

“...como ves, este comentario no habrá servido de mucho para darte consejos para mejorar tu salud mental, sino que me ha servido más a mí para darme cuenta de pequeños detalles que debo mejorar. ¡Así que solo puedo decirte que gracias!” (E.F.A.43.E.)

Las redes sociales cada vez más despiertan el interés de centros universitarios a la hora de ofrecer estrategias utilizándolas como herramientas de formación, teniendo buen resultado (Baltaci-Goktalay y Ozdilek, 2010; Piscitelli, Adaime y Binderet, 2010).

Aunque el fórum pudiera parecer al principio un poco diferente a algunos participantes a la hora de relacionarse, al final, una vez que comprendieron la metodología aplicada en el mismo, les resultó una buena experiencia.

"...me gustaría remarcar la utilidad del foro, que aunque en un principio me parecía aburrido, me ha servido para conocer más a mis compañeros y descubrir qué son. El fórum me hizo conocer unas grandes personas, con sus problemas diarios y sus luchas internas, que tanto admiro." (E. F. A. 43. E.)

"Al principio, no me gustó mucho la idea de utilizar el fórum ya que no quería que otros leyeran lo que hago y siento, mis pensamientos en general, pero al ser un grupo tan pequeño lo he ido aceptando poco a poco. Además, al leer lo que los otros hacen y lo que piensan también te da más confianza y ya no me importó." (E.F.A.49.S)

El Fórum reflexivo fue un espacio fuera del espacio regulado, estructural, físico, en el que se podía, en grupos pequeños, pararse a pensar y parar a pensarse de manera democrática, generando nuevos modelos de pensar y de dejarse conocer. Una manera diferente de relacionarse que produce efectos en la autoestima, pues también ayuda a comprender su propia realidad al contrastarla con las demás (Mercado, 2008). Espacios que puedan trabajar el diálogo, la convivencia, compartir conocimiento, trabajar la solidaridad, la resiliencia, praxis comunicativa, la creatividad; desde el currículo formativo y programas de extensión, se propusieron como estrategias socioeducativas en Salud Mental (Mercado, 2008).

"Creo que el realizar un trabajo en grupo aporta muchas cosas positivas porque aprendes lo que está bien y lo que está mal, aprendes a relacionarte, a ayudar al que no puede tanto y muchas otras cosas más." (E.F.M.50.O.).

"...que ha estat un plaer compartir aquest espai de fòrum reflexiu i temps amb tots vosaltres." (E.F.N.62.B.).

“Pel que fa al fòrum, al principi em feia vergonya participar-hi ja que no ens coneixíem molt, però crec que ha estat una bona eina per establir una relació d’una manera diferent a la que estem acostumats.” (E.F.M.23.C.).

El lenguaje cooperativo empleado en el fórum permitió que los participantes pudieran trabajar capacidades tales como expresarse espontáneamente de manera adecuada, aclarar dudas, dar apoyo emocional, valorar y analizar diferentes realidades y dar consejos. La primicia de una comunidad de aprendizaje, como es el caso del fórum reflexivo, es la colaboración (Cabero, 2006). Para colaborar se tienen que trabajar muchas capacidades, tales como de abertura, autonomía, dedicación, compromiso con el aprendizaje individual y de los demás, organización de trabajo. El trabajo colaborativo (cooperativo) no se entiende sin que sea un impulsor para la dinámica sociocultural (Meirinhos y Osorio, 2009). El cual confirma el carácter socioconstructivista de la metodología y estrategia (Fórum) empleada en el programa y sus beneficios, como expresan los participantes del programa:

“Del fórum, cabe destacar “compartir mi día a día, sentimientos, emociones... con una gran compañera de clase que de no haber sido por esta actividad, tal vez no habríamos llegado a hacerlo nunca en el día a día.” (E.F.M.57.A.),

Hay autores que relacionan el uso de la redes sociales como herramienta para trabajar habilidades comunicativas, así como la resiliencia en estudiantes de enfermería (Thomas y Hunter Revell, 2016).

La dinámica metodológica con el uso de diferentes estrategias que se complementan al aprendizaje, se consiguió que impulsara el ciclo reflexivo además de motivar a los participantes.

Además de las intervenciones comunes (clases magistrales y el seminario), con la diferencia de que las clases magistrales eran participativas. El conocimiento previo del participante adquirió valor, formando parte de la reflexión, dando inicio al proceso reflexivo en la temática.

“...las clases magistrales y los seminarios me han parecido una muy buena herramienta de aprendizaje. Muy interesante, ya que ha sido interesante trabajar en pequeños grupos y después exponer los resultados en general, delante de toda la clase, en los seminarios. El fórum es un ejercicio que hace discutir conceptos, entender a tus compañeros.” (E.F.L.27.A.)

“A través de les diferents activitats que hem realitzat al fòrum he pogut veure quines àrees he de millorar. També opino que la metodologia de les classes ha estat molt positiva ja que m’ha ajudat molt a reflexionar sobre diferents aspectes, com per exemple la resiliència, el tutor de resiliència...” (E.F.J.11.B)

Las intervenciones diferentes también favorecieron escenarios fuera del espacio reglado (fórum 7: actividad de ocio) por lo que el trabajo reflexivo se extendió en un entorno más flexible. Dando espacio a percibir, aprender y expresar. La diversidad de estrategias de intervención ayudó a tener mejores resultados en la Promoción de la **Salud Mental y bienestar**.

“...el hecho de haber realizado las diferentes actividades me ha servido para darme cuenta en qué momento del día "flaqueo" y que curiosamente se repite en todos los días.” (E.F. A. 43. E)

“Esta asignatura me ha aportado un nombre a muchos conceptos que ya tenía arraigados y quizás me ha hecho reflexionar a la hora de realizar las actividades, los sentimientos y emociones que siento así como la reacción delante de los estímulos de mi día a día.” (E.F.J.61.V)

”En aquesta assignatura ens han donat consells i maneres per fomentar la SMP, primer de tot ens han explicat què era, perquè molts no ho sabíem, i ens han fomentat la introspecció, que per mi, és bàsic per coneixer-te a tu mateix i trobar quin es el punt de partida i d'actuació.” (E.F.L.17.P)

“La verdad es que ha sido una asignatura bastante dinámica y útil... He podido reflexionar sobre cómo soy y por qué. Si hay algo que debería cambiar o hay aspectos en mí que debería reforzar. Si tengo que continuar con mi rutina o empezar a hacer cosas nuevas para autorealizarme de forma más habitual.” (E.F.A.39.S)

En relación a la **evaluación Cualitativa del programa desde el punto de vista del participante**, teniendo en cuenta todas las valoraciones positivas y negativas. Se observó que la experiencia de participar en el programa de Salud Mental Positiva, se identificó en sus discursos, opiniones de satisfacción y también aspectos que podría mejorar en relación al programa.

Podemos afirmar que los participantes mayoritariamente valoraron la experiencia en el programa como **positiva**, tanto a nivel de resultado como de participación:

"Després d'haver-la acabat i haver vist que anava dirigida a nosaltres, és a dir, a com mantenir una salut mental positiva he de dir que segurament ens ha estat molt més útil i interessant." (E.F.L.54.G)

"Esta asignatura me ha influido más de lo que pensaba. Me he dado cuenta ahora al hacer esta actividad. Es una pena que dure tan poco, porque realmente me gustaba." (E.F.C.34.C)

"Esta signatura me ha aportado cosas importantes para poder gestionar algunas situaciones en mi vida personal y laboral." (E.F.V.48.R)

La **valoración negativa** en relación al programa está relacionada con la duración del mismo, lo perciben corto, puesto que algunos necesitan más tiempo para poder integrar tales conocimientos a medida que los ponen en práctica y van a poder añadir mejoras. Al hacerlo juntos, a través del programa, se sienten más motivados y acompañados. Se recomienda que la duración de los programas en Salud Mental en un entorno educativo cubra el curso lectivo. En los estudios se observa que la duración es de 5 a 9 meses.

“...crec que aquesta assignatura és molt útil i que hauria de durar més... aquesta ens servirà d’ajuda sempre ja que ens ensenya a mantenir un equilibri de la nostra salut mental.” (E.F.L.54.G)

“...per part meva puc fer una valoració totalment positiva, encara que considero que ha faltat temps per treure-li més coneixement.” (E.F.N.62.B)

“Lo negativo que veo en esta asignatura es que es muy corta (pocas clases) y solo la aprovecha el que decide por un motivo u otro cursar esta optativa (yo por ejemplo no tenía intención de cursarla, pero me apunté porque no había otra que me venía bien el día, y ahora estoy contenta por haberla aprovechado)” (E.F.V.48.R)

“Una de las cosas negativas que veo de la asignatura es la rapidez de dar la materia y no tener más horas, de la misma manera que las actividades que hemos ido realizando y el trabajo final.” (E.F.J.61.V)

Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras.

Cap. 9. Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras.

En el desarrollo de la evaluación del programa se identificaron algunas limitaciones que es importante exponer, para que en caso de reproducción del Programa de Salud Mental Positiva los profesionales las tengan en cuenta. A la vez que nos ha servido para plantear y definir algunas líneas de investigación futuras:

Limitación 1. El factor tiempo hizo que no fuera posible plantear un programa más largo, ni un seguimiento de los participantes en un período post intervenciones con una distancia temporal que pudiera detectar los efectos a largo plazo.

Las posibles futuras líneas de investigaciones, son:

1. Analizar el resultado del programa de promoción y prevención de la Salud Mental Positiva realizado en un formato temporal más amplio (seis a nueve meses), y medir su efecto a medio y largo plazo.
2. Analizar el efecto de implantar en el curso de formación de los estudiantes de enfermería la formación en el currículo académico el programa de Salud Mental Positiva al inicio y al final de la carrera para que se realice un seguimiento más detallado de su efecto en el estudiante.

Limitación 2. No haber sido posible encontrar programas de las mismas características realizados en entornos diferentes relacionados con enfermería a la hora de contrastar los resultados. Ampliar la aplicación del programa desde la formación universitaria hacia la práctica laboral, eso posibilitaría averiguar la efectividad en diferentes ambientes y también estudiar las características de cada entorno.

Las posibles futuras líneas de investigación, serían:

1. Analizar las diferencias en Salud Mental Positiva de los profesionales de enfermería que recibieron formación y promoción en Salud Mental Positiva y los que no la recibieron. Una vez que hayan finalizado sus estudios de enfermería.
2. Analizar la relación entre el cuidado de enfermería y/o calidad asistencial y los niveles de Salud Mental Positiva cuando se implanta la práctica de enfermería.
3. Analizar cuál es el período más adecuado para iniciar la promoción de prevención en Salud Mental Positiva en la profesión de enfermería.
4. Analizar el efecto de programas de intervenciones y/o estrategias implantados en unidades de salud (hospitales/ centros) con el objetivo de promover y fomentar la Salud Mental Positiva de los profesionales de la Salud.
5. Analizar la relación del *burnout* y la Salud Mental Positiva de los profesionales/ estudiantes de enfermería.
6. Analizar el efecto de estrategias que utilizan las Tics dentro del espacio universitario de formación, sea este virtual o presencial, para fomentar la Salud Mental Positiva.

Conclusión.

Cap. 10. Conclusión.

En vista del análisis y resultados generados que tuvieron como referencia las preguntas e hipótesis planteadas en esta investigación, exponemos las siguientes conclusiones en relación a los dos objetivos generales planteados al inicio de la investigación.

En relación al objetivo cuantitativo, evaluar la efectividad del un programa de promoción y prevención de la Salud Mental Positiva (SMP). Podemos concluir con los resultados obtenidos CMSP global antes y después de ambos grupos valorando las medias de (G.I. 9.5) y (G. C. -1.5), que se puede afirmar que el programa no solo ayuda a mantener sino también a promover el nivel de Salud Mental Positiva alto. Es decir, la primera hipótesis se confirmó: el programa de promoción y prevención en Salud Mental Positiva ayuda a mantener un nivel de Salud Mental Positiva alto.

Los resultados indican que el nivel de resiliencia aumenta en el grupo Intervención y por tanto, el programa de promoción y prevención en Salud Mental Positiva ayuda a mantener el nivel de Resiliencia.

En relación a los objetivos cualitativos, analizar el aprendizaje significativo en las vivencias de los participantes en relación al programa de SMP.

Los aprendizajes significativos que se dieron a través de los cambios de reestructuración cognitiva y emocional, nos indican que los procesos reflexivos que se llevaron a cabo en el programa, tanto individuales como en grupo, expusieron a los participantes a una experiencia que fomentó no solo el cambio de pensamiento hacia la SMP sino también de actitud. Lo que les reportó mejoras en los factores de SMP. Como se observó, en Autocontrol, Autonomía y, como consecuencia, el factor Satisfacción personal se presentó elevado.

El hecho de que fuera posible visualizar y reflexionar sobre los factores de SMP, proporcionó a través de sus vivencias saber identificar, analizar y relacionar los factores de Salud Mental Positiva con su bienestar.

Poder realizar modificaciones hacia la mejora de los factores, conforme su necesidad en SMP, como consecuencia, fomentar el bienestar. Los participantes percibieron que la experiencia de promoción en Salud Mental Positiva es algo que se materializa y es personalizable. La puesta en práctica del programa les motivó a querer mantener el efecto de fomentar Salud Mental Positiva a través del autocuidado en SMP.

Los ciclos de reflexivos realizados por los participantes posibilitaran ir desde lo superficial hasta lo más profundo. Estos bucles reflexivos promovieron el autoconocimiento emocional, las capacidades/ fortalezas, la influencia de las emociones en sus respuestas de afrontamiento, así como la gestión de los recursos para afrontar las dificultades cotidianas.

El aprendizaje reflexivo sobre la promoción de los factores de SMP puso al descubierto la presencia de los valores positivos, así como otros conceptos relacionados con la SM, a la hora de ser fomentados (empoderamiento, flexibilidad, orientación positiva, creencia de eficacia, resiliencia, factores protectores, autocuidado en SMP, perspectiva temporal, inteligencia emocional, regulación emocional, claridad emocional, reparación emocional) que hicieron parte del proceso de reestructuración cognitiva.

Acerca de la efectividad de un programa de promoción y prevención en Salud Mental Positiva, los resultados también indicaron:

Que es posible realizar programas con intervenciones que promuevan la Salud Mental Positiva, y en entornos formativos. Este es el caso de estudiantes universitarios del área de la Salud enfermería y dentro del espacio de formación. Además, cuando la promoción y prevención están incorporados en el currículo formativo, adquieren dos valores: uno el formativo y el otro promotor de la Salud Mental Positiva. En relación al aspecto formativo, como forma de promoción en Salud Mental Positiva junto con el método reflexivo, fomentó que los participantes descubrieran la SM desde otra perspectiva.

Es decir, la dirección del conocimiento en Salud Mental se amplía, no va dirigida solo a dar cuidado al paciente pues lo incluye también como receptor de cuidado. Es una perspectiva en la que la Salud Mental tiene un componente colectivo e individual, y se expresa mediante el estilo de vida, la respuesta emocional, la conductual, la satisfacción personal y el bienestar. Algunos, al inicio del programa, no podían comprender la Salud Mental sin el aspecto patológico, incluso creían que no se la podía perder o que no se podía promover. Desde esta visión, no eran conscientes de que el cuidado holístico incluye el cuidado en salud mental.

La metodología constructivista, utilizada a través de la metodología reflexiva aplicada en la promoción de la Salud Mental Positiva, fue capaz a través del proceso reflexivo de regenerar un saber en Salud Mental Positiva al grupo que recibió las intervenciones. Este aprendizaje significativo promovió en los participantes del G. intervención la capacidad de buscar estrategias, generar nuevos conocimientos y realizar cambios para fomentar su salud mental y promover la de su entorno.

El saber en Salud Mental Positiva fue muy importante para fomentar el cambio hacia la promoción de la misma. Conocer los conceptos positivos relacionados con SMP, los factores de SMP, reflexionar sobre las emociones y fortalezas humanas, analizar las relaciones entre su Salud Mental Positiva y el estilo de vida y afrontamiento, verificar la relación entre Salud Mental Positiva y bienestar, así como elaborar posibles estrategias para fomentarla y mantenerla en situaciones difíciles.

Las barreras identificadas en relación al concepto de Salud Mental fueron:

- El desconocimiento de la Salud Mental y que esta comprende la parte positiva.
- La prevalencia de una visión patológica de la Salud Mental (Salud Mental solo la tiene quien padece de una patología psiquiátrica)
- Salud Mental como la ausencia de patología psiquiátrica.
- El concepto estático de la Salud Mental, es decir, como algo que no se

pierde, no se puede modificar y no se puede promover.

Poder identificar y analizar el efecto que pueden producir tales creencias, hizo posible reflexionar sobre sus consecuencias, a nivel profesional y personal personal. La modificación de las creencias hacia el concepto de Salud Mental, generaron un entorno más favorable a la promoción de la Salud Mental Positiva y la integración de una visión de la salud mental desde varias perspectivas.

El aprendizaje significativo en relación al concepto de Salud Mental, fue: a nivel personal:

- Entendieron que la salud mental la tenemos todos, que eso incluye a los profesionales sanitarios.
- La visión de la Salud Mental como un valor a promover y mantener en situaciones de dificultad y estrés.
- Evaluar el autocuidado en relación a la SMP y plantearse lo que estaban haciendo fomentarla.
- Percepción positiva hacia *su empoderamiento* en relación a la capacidad de desarrollar competencias para fomentar y promover su propia salud mental y la de los demás.
- La salud mental, aunque sea un concepto complejo, ya no producía miedo o inseguridad desde una posición relajada, aumentó la predisposición a reflexionar sobre la importancia de la SMP tanto a nivel laboral como personal.

A nivel laboral:

- Empezaron a contrastar la Salud Mental desde varias perspectivas. (el rol de enfermería en la promoción de la Salud Mental Positiva, la Salud Mental de las personas en ausencia de patología psiquiátrica, la relación

salud física y SM, la prevención y promoción en SMP de las personas).

- Considerar la influencia de la Salud Mental Positiva en la práctica profesional de enfermería (la relación terapéutica y la calidad asistencial).
- Considerar la SMP como un factor protector en la práctica laboral, frente a los riesgos de la profesión: el estrés, al síndrome de agotamiento profesional, físico y psicológico, y a los conflictos en las relaciones.

En relación a la metodología mixta empleada en esta investigación, creemos que la metodología cuantitativa fue de mucha ayuda para analizar las diferencias y mejoras en SMP. En cuanto a la cualitativa, se pudo identificar la presencia de los factores en el contexto y su relación con el entorno y bienestar. Asimismo, sirvió para visibilizar la parte fenomenológica del proceso personal que ocurre en la persona receptora durante un programa de promoción. Se debe señalar también que las dos metodologías empleadas fueron útiles para corroborar los hallazgos y, además, establecer una relación entre el aspecto cuantitativo y cualitativo de la Salud Mental Positiva.

Aunque hay muy poca literatura científica en que se expongan resultados de programas experimentales en la promoción y prevención en Salud Mental Positiva en entornos universitarios en curso de enfermería, lo que no hace posible avalar todas las afirmaciones expuestas en esta conclusión, esta experiencia es una manera de visibilizar la necesidad de nuevas investigaciones experimentales en la promoción y prevención en Salud Mental Positiva en entornos de formación universitaria.

Para concluir esta tesis doctoral, creemos que se han conseguido los objetivos planteados y se ha demostrado la importancia de impartir y evaluar una asignatura de promoción y prevención en Salud Mental Positiva en el Grado de enfermería, ya que la formación en el ámbito universitario, debe estar encaminada no solo al compromiso formativo sino también en fortalecer los factores de SMP en los futuros profesionales.

Aplicaciones prácticas y Sugerencias.

Cap. 11. Aplicaciones prácticas y Sugerencias.

La Salud Mental es un aspecto del cuidado de enfermería que está muy centrado en el paciente. Con la experiencia de esta investigación, observamos que la promoción y prevención en Salud Mental son un fenómeno que engloba el todo en la relación de promoción. Es decir, requiere de (enfermería y paciente) los mismos aspectos a ser promovidos o fomentados. El equilibrio en Salud Mental Positiva necesario en la práctica profesional de enfermería es un área en que se ha recibido muy poca atención. Como consecuencia, hay escasez de proyectos específicos en fomentar y promover la Salud mental de los profesionales de enfermería desde los valores positivos.

Cabe resaltar también la poca formación específica de enfermería hacia los valores positivos relacionados con la Salud Mental, así como el concepto de Salud Mental Positiva y la promoción de la Salud Mental en ausencia de patología psiquiátrica.

No se podría entender cómo una (un) enfermera (-o), podría realizar un plan de promoción en Salud Mental, si la persona que promueve no tiene una adecuada formación en el tema. Puesto que entonces no sabrá qué promover, cuáles son los factores de Salud Mental Positiva, no sabe qué es Salud Mental Positiva, le faltan los conocimientos sobre los aspectos positivos relacionados con la Salud Mental o, simplemente, desconozca que hay algo que promover en Salud Mental y cómo promoverlo. Probablemente encontrará muchas dificultades para promover y dar cuidado holístico (bio-psico-social), así como para establecer una relación terapéutica.

Quizás se podría tener la creencia de que el cuidado en Salud Mental solo corresponde a las enfermeras especialistas, si esta creencia fuera verdadera el cuidado holístico no debería existir en la práctica de enfermería. El rol de enfermería en el cuidado holístico no se entiende sin la presencia de la Salud Mental Positiva. De manera que la formación en Salud Mental Positiva es la base para poder llegar hacia la promoción en valores positivos relacionados con la Salud mental.

Para realizar un abordaje adecuado de la promoción en Salud Mental Positiva tenemos que tener en cuenta tres aspectos: la formación, la práctica profesional y el autocuidado.

- Aplicación práctica para la formación

Es importante que la formación específica en Salud Mental Positiva esté incluida en la formación de enfermería desde la carrera, formando parte del currículum formativo universitario.

Acerca de que se considere incluir algunos aspectos positivos en SMP, en las asignaturas que ya enseñan Salud Mental, con base en la experiencia de este estudio vemos que es importante diferenciar el contenido en Salud Mental Positiva; pues evita confusión en relación a la Salud Mental que se está enseñando y promoviendo.

Asimismo, los aspectos positivos estarían mucho más marcados, facilitando identificarlos y asociarlos con la vida dentro de la normalidad. Además, darían un margen al aprendizaje de un contenido más amplio en Salud Mental Positiva, al ser asignatura específica. En caso de no ser así, al contrario, abordaría solamente un aspecto o algunos valores positivos, pues compartiría un temario no específico.

También es importante que el futuro profesional de enfermería ya tenga contacto de manera temprana en la formación universitaria con intervenciones de promoción y prevención en Salud Mental Positiva. De modo que la promoción sea un medio de concienciación para el autocuidado en Salud Mental Positiva.

Desde el entorno formativo se debería concebir la Salud Mental Positiva como fuente de formación y promoción en Salud Mental, teniendo en cuenta el todo en la relación de promoción (enfermería-paciente-entorno).

Sería útil establecer un plan de promoción y prevención continuada durante el período formativo, con intervenciones flexibles usando las TICs y otros recursos, que se centrasen en el estudiante de enfermería focalizadas en la promoción de los factores de Salud Mental Positiva y su preparación hacia la práctica laboral.

- Aplicación práctica para la práctica laboral

Durante el curso laboral es recomendable la formación continuada en relación a los factores de Salud Mental Positiva y los valores positivos.

Así como establecer programas centrados en la promoción y prevención en Salud Mental Positiva dirigidos al personal de enfermería en la práctica laboral. Asimismo, programas elaborados desde enfermería que se centrasen en la promoción y prevención en Salud Mental Positiva, tanto hacia el paciente con patología, como en ausencia de patología psiquiátrica.

Por último, establecer planes de cuidados (PAE) en los que se desarrollen estrategias para la promoción y prevención en Salud Mental Positiva.

- Aplicación práctica para el autocuidado.

El establecimiento de programas de forma continuada que promuevan y fomenten el autocuidado en Salud Mental Positiva como medida para prevenir (*burnout*, agotamiento emocional, desánimo, trastornos anímicos, prácticas no saludables, estilo de vida no saludable, conflictos de relación interpersonal). Además de fomentar la Salud Mental Positiva y el bienestar.

La promoción de iniciativas que fomenten conductas y entornos (físico/mental) saludables.

La aplicación del programa de Salud Mental Positiva, fue una experiencia novedosa que nos ha hecho reflexionar e identificar algunas pautas que se hacen presentes en este programa y otros de promoción en SM, que pensamos que pueden servir como referencia al abordaje de la promoción y prevención en Salud Mental Positiva en los estudiantes de enfermería.

Las sugerencias son:

- Es beneficioso que las intervenciones sucedan dentro del contexto y el espacio formativo sea presencial y/o virtual o ambos. Que formen parte del currículum formativo. Siendo el centro formador el facilitador del medio para la formación y promoción en Salud Mental Positiva.
- Tienen que tener objetivos bien definidos, no tienen el objetivo de conseguir casi psicólogos o psiquiatras, sino profesionales con habilidades específicas en Salud Mental Positiva.
- Deben incluir aspectos de realidad de la vida y del trabajo, deben ser interactivas y centradas en el estudiante. Aunque tengan este carácter individual, hay que tener en cuenta el entorno con una perspectiva colaborativa.
- Deben incorporar habilidades de comunicación y relación interpersonal. Por ejemplo, intervenciones presenciales o virtuales que fomenten la comunicación y expresión emocional.
- Deben tener un abordaje cognitivo y conductual que se potencie mutuamente y que compense las limitaciones que presentan ambos. Por ejemplo, que se tengan en cuenta las creencias y la reestructuración cognitiva que facilitan la flexibilidad.
- Trabajar estas habilidades a partir de casos y problemas reales. Por ejemplo: la representación a través de la redacción de sus propias vivencias como puede ser la descripción de un día o un diario.

- El uso de estrategias que están introducidas en el uso de microenseñanzas, técnicas sencillas y operativamente definidas. Por ejemplo: el fórum reflexivo, *la cantonada* (lectura de cuentos), el puzle (lectura de artículos), *role-play*, visualización de películas y otros. Estas estrategias facilitaban el *feedback*, pues entre los participantes generaban retroalimentación sobre sus pensamientos/reflexiones y actuaciones a través del espacio presencial y virtual.
- Se deben incluir espacios de autoayuda, tipo grupos de reflexión, donde pueden exponer sus sentimientos/emociones, preocupaciones, expectativas y opiniones. Por ejemplo, el fórum reflexivo es una buena herramienta para promover todo lo planteado.
- El programa debe tener la flexibilidad de que los propios compañeros se involucren en la formación y promoción de la Salud Mental Positiva de sus compañeros.
- También debe facilitar la posibilidad de comparar/ampliar enseñanzas por medio del intercambio, fomentando el conocimiento de otras formas de realidad y otras formas de pensar.
- El programa debe ser evaluable, de forma que permita modificaciones continuas sobre los aspectos no asimilados. Aparte de los aspectos cognitivos, es necesario evaluar los aspectos conductuales y emocionales.
- Es importante también destacar el uso de una metodología adecuada al contenido, adaptable a las estrategias y que posibilite la interrelación de conceptos y saber. Que facilite, la integración entre lo conocido con el nuevo conocimiento.

Referencias Bibliográficas.

Cap.12. Referencias Bibliográficas.

Abouserie, R. (1994). Sources and Levels of Stress in Relation to Locus of Control and Self-Esteem in University Students. *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 14(3), 323-30. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.1080/0144341940140306>

Accinelli, E., London, S., Punzo, L.F., & Sánchez Carrera, E.J. (2010). Dynamic Complementarities, Efficiency and Nash Equilibria for Populations of Firms and Workers. *Journal of Economics and Econometrics*, 53(1), 90-110.

Recuperado de: <https://ideas.repec.org/a/qua/journl/v6y2009i1p165-184.html>

Adler, A. (1911). Valores sociales en lugar de instintos. En H. Ansbacher & R. Ansbacher (Eds.), *La psicología individual de Alfred Adler* (pp. 102-108). Buenos Aires: Ediciones Troquel.

Aguiar Perera, M.V. (2007). *El uso de las Webquest, los Blogs y las Wiki en la docencia universitaria*. Recuperado de:

http://webquest.carm.es/majwq/public/files/files_user/kitylei/el_uso_de_las_webquest_a.pdf

Aguilar Armas, H. M. (2016). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva en Practicantes Pre-Profesionales de Psicología, Trujillo*. Universidad César Vallejo, Perú. (Tesis doctoral). Recuperado de:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/128/aguiar_ah.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W. & RN4CAST Consortium. (2012). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2),143-153.

doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.

Aiello, M. & Cilia, W. (2004). El Blended Learning como práctica transformadora. Pixel-Bit, Revista de Medios y Educación,(23) 21-26. Recuperado de:

http://www.lmi.ub.es/personal/bartolome/articuloshtml/04_blended_learning/documentacion/2_aiello.pdf

Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of nursing Management*, 18(4), 363-82.

doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01087.x.

Aladez, D., Pérez, L. & Beltrán, J. (2010). La inteligencia emocional de los adolescentes talentosos. *Faisca*, 15(17), 2-17.

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-378.

Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Albacar Riobóo, N. (2015). *Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva*. (Tesis doctoral).Universitat Rovira i Virgili,Tarragona.

Recuperado de: <http://www.tesisred.net/handle/10803/294732>

Albert, C. & Davia M.A. (2010). Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health Promotion International*, 26(2),163-170.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/heapro/daq059>

Aldeguer Cerdá, B., Candela Sevilla, V., Llorca Asensi, E., Romero-Tarín, A. & Merma Molina, G. (2015). Innovación docente y tics: MOOC gobernanza (cultura política y buen gobierno). En M.T. Tortosa Ybáñez, J.D. Álvarez Teruel, N. Pellín Buades (Eds.), *XIII Jornades de Xarxes d'Investigació en Docència Universitària: Noves estratègies organitzatives i metodològiques en la formació universitària per a respondre a la necessitat d'adaptació i canvi* (pp.29-43). Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10045/48811>

Alemany Martínez, D. (2007). Blended learning: modelo virtual-presencial de aprendizaje y su aplicación en entornos educativos. En *I Congreso Internacional Escuela y TIC. IV Forum Novadors Más allá del Software Libre*. Universidad de Alicante.

Recuperado de: http://www.dgde.ua.es/congresotic/public_doc/pdf/31972.pdf

Alonso, J.C. (2004). La Psicología Analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70.

Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Alves E.; Mathias Dessunti E. & Campos Oliveira. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: resisção integrativa. *Revista iberoamericana de Educación en Enfermería* 3. (3). 47- 53.

Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/pt/bde-29291>

Amar, J., Palacio, J., Linas, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A.M^a. & Velásquez,

B. (2008). Calidad de vida y Salud Mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. *Suma Psicológica*, 15(2), 385-403.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2008.45>

Amar Amar, J. & Madarriaga Orozco, C. (2009). *Intervención psicosocial para la erradicación y prevención del trabajo infantil*. Barranquilla: Ediciones Uninorte. Recuperado de:

https://books.google.es/books?id=gAHNUqFPweIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Amaro Martín, E. & Ballesteros Peña, S. (2015). Características de la salud mental positiva en aspirantes a una plaza de Enfermera Interna Residente. *Rev Presencia*11(21).

Recuperado de: <http://www.index-f.com/presencia/n21/p10173.php>

Amei-Waece (2008). *Programa de Inteligencia emocional*. San Diego: Trillas.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

Anić, P. & Tončić, M. (2013). Orientations to Happiness, Subjective Well-being and Life Goals. *Psihologijske teme*, 22(1),135-153. Recuperado de:

<http://pt.ffri.hr/index.php/pt/article/view/117/67>

Ardila, A. & Surloff, C. (2012). *Dysexecutive syndromes*. San Diego: Medlink: Neurology.

Artazcoz Lazacano, L., Cruz i Cubells, J.L., Moneada i Lluís, S. & Sánchez Miguel, A. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gaceta Sanitaria*, 10(57), 282-292.

Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(96\)71901-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(96)71901-5)

Artola, T., Mosteiro, P., Poveda, B., Barraca, J., Ancillo, I. & Sánchez, N. (2012). *Prueba de Imaginación Creativa para Adultos*. Madrid: TEA Ediciones. Recuperado de:

http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/PICA_Manual_extracto%20book.pdf

Astrês Fernandes, M. & Palucci Marziale, M.H. (2014). Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 530-547.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400088>

Ausubel, D. P. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 2002.

Baca Romero, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>

Baltà Pelegrí, J. (2009). Presentación de: Allport "Toward a science of Public Opinion". *Athenea Digital*, 16, 137-139.

Recuperado de: <http://atheneadigital.net/article/view/n16-balta/686-pdf-es>

Baltaci-Goktalay, S. & Ozdilek, Z. (2010). Pre-service teachers' perceptions about web 2.0 technologies. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. Vol. 2, 4737-4741. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.760>

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (vol 4, pp. 71-81). New York.: Academic Press.

Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. En F. Pajares F. y T. Urdan, T. (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents, Information Age Publishing* (pp. 307-337). Greenwich, Connecticut: IAP. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanduraGuide2006.pdf>

Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237- 243.

Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/848/1562>

Barradas Alarcón, M.E., Sánchez Barradas, J.M., Guzmán Ibáñez, M.L. & Balderrama Trapaga, J.A. (2011). Factores de Salud Mental Positiva en estudiantes de psicología Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(2), 123-135. Recuperado de:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ze1H7SPcKooJ:https://dialnet.unirioja.es/de-scarga/articulo/4932679.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=es>

Barrientos, M. & Martínez, D. (2014). Reflexiones y controversias sobre salud mental, bienestar y felicidad. En J. C. Oyanedel & C. Mella (Eds.), *Debates sobre el bienestar y la felicidad* (pp. 129-142). Santiago, Chile: RIL.

Barry, M.M., Domitrovich, C. & Lara, M.^aA. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion and Education*, 12(2), 30-36.

Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823050120020105x>

Beauvais, A.M., Brady, N., O'Shea, E.R. & Griffin, M.T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students.

Nurse Education Today, 31(4), 396-401.

doi: 10.1016/j.nedt.2010.07.013.

Bennett, R. (2003). Determinants of undergraduate student drop out rates in a university business studies department. *Journal of Further and Higher Education*, 27(2), 123-141.

Berástegi, J. (2007). *Regulación emocional: El Miedo*. Recuperado de:

<http://www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/10/15/regulacion-emocional-el-miedo/>

Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.

doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503669

Bernad, B. (1991). Fostering resiliency in kids: protective factors in the family, school, and community, Department of Education, Washington, DC. 51. 3. 44-48.

Bernhardt, B.C. & Singer, T. (2012). The neural basis of empathy. *Annual review of neuroscience*, 35, 1-23. Recuperado de:

doi: 10.1146/annurev-neuro-062111-150536.

Berra Ruiz, E., Muñoz Maldonado, S.I., Vega Valero, C.Z., Silva Rodriguez, A. & Gómez Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*,

16(1), 37-57.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114003>

Bertolote, J.M. (2008). The roots of the concept of mental health.

World Psychiatry, 7(2), 113-116.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408392/>

Blair, K., Denham, S., Kochanoff, A., & Whipple, B. (2004). Playing it cool:

Temperament, emotion regulation, and social behavior in preschoolers. *Journal of School Psychology*, 42(6), 419-443.

doi:10.1016/j.jsp.2004.10.002

Blanca-Gutiérrez, J.J., Jiménez-Díaz, M^a.C. & Escalera-Franco, L.F. (2013): Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 545-551.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.006>

Bleakley, H. (2010). Health, Human capital, and Development. *Annual Review of Economics*, 2, 283-310.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800109/>

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.

doi:10.1037/0022-3514.83.5.1150

Bonanno, G.A., Moskowitz, J.T., Papa, A. & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827-843.

doi:10.1037/0022-3514.88.5.827

Bonanno G.A., Kennedy, P., Galatzer-Levy I.R., Lude, P. & Elfström M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 57(3), 236-247.

doi:10.1037/a0029256.

Bonet-Porqueras, R., Moliné-Pallarés, A., Olona-Cabases, M., Gil-Mateu, E.,

Bonet- Notario, P., Les-Morell, E., Iza-Maiza, M. & Bonet-
Porqueras, M. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la
salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería
Clínica*, 19(2), 76-82.

doi:10.1016/j.enfcli.2008.10.010

Bonfill Accensi, E. (2016). *Estrés de los estudiantes de enfermería en las
prácticas clínicas: diseño y efectividad de un programa de
intervención* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili,
Tarragona. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/399039>

Boniwell, I., Osin, E., Linley, A.P. & Ivanchenko, G.V. (2010). A question of
balance: time perspective and well-being in British and Russian
samples. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 24-40.

Bonk, C. J. & Graham, C. R. (2004). *Handbook of blended learning: Global
Perspectives, local designs*. San Francisco. CA: Pfeiffer
Publishing.

Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El
diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de
Investigación*, 2(2), 50-63.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Bowirrat, A., Chen, T.J., Blum, K., Madigan, M., Bailey, J.A., Chuan Chen,
A.L., ...Gold, M. (2010). Neuro-psychopharmacogenetics and
Neurological Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder:
Unlocking the Mysteries of Resilience and Vulnerability. *Current
Neuropharmacology*, 8(4), 335-358.

doi: 10.2174/157015910793358123.

Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2009).
Purpose in life is associated with mortality among community-
dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 574-579.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a5a7c0>

Bradshaw B.G., Richardson, G.E., Kumpfer, K., Carlson, J., Stanchfield, J., Overall, J. Kulkarni, K. (2007). Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *The Diabetes educator*, 33(4), 650-659.

doi:10.1177/0145721707303809

Bravo, P., Edwards, A., Barr, P.J., Scholl, I., Ekwyn, G. & McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC health services research*, 15(1), 252.

<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>

Brennan, L.M., Shaw, D.S., Dishion, T.J. & Wilson, M.N. (2015). The Predictive Utility of Early Childhood Disruptive Behaviors for School-Age Social Functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 43(6), 1187–1199.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800741/>

Broche-Pérez, Y., Rodríguez-Martín, B.C., Pérez Santaella, S., Alonso Díaz, G., Hernández Carballo, A. & Blanco Consuegra, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CDRISC). En Validación de Instrumentos Psicológicos: Criterios Básicos (pp.71-75). Editorial Samuel Feijóo. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/277139516_Escala_de_Resiliencia_de_Connor-Davidson_CD-RISC

Brockbank, A. & McGill, I. (2002) Reflexión y práctica reflexiva. En A. Brockbank & I. McGill (Eds), *Aprendizaje reflexivo en la educación superior* (2ª ed), (86-105). Madrid: Morata. Recuperado de:

<https://paradigmascontemporaneos.wikispaces.com/file/view/REFLEXIÓN+Y+PRÁCTICA+REFLEXIVA.pdf>

Brookfield, S. (1995). *Becoming a critically reflective teacher*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Recuperado de:

http://media.open.uwi.edu/OCcoursesarchive/level_3/EDTL3026/EDTL3026/read/EDTL3026_readings_UNIT01_opt.pdf

Bustillo-Guzmán, M., Rojas-Meriño, J., Sánchez-Camacho, A., Sánchez-Puello, L., Moltalvo-Prieto, A. & Rojas-López, M. (2015). Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en hospital universitario de Cartagena. *Duazaray. Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 12(1), 32-40.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1396>

Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life research*, 16(4), 607-615.

Recuperado de:

<https://contextualscience.org/files/bulter%20and%20ciarrochi%20acceptance%20and%20quality%20of%20life%20in%20the%20elderly.pdf>

Caballero Aranda, I. & Sevilla Lerena, MP. (2014). *Abuso de fármacos en medio sanitario: programas de tratamiento. Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(235),

434-454. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n235/revision4.pdf>

Caballero Sahelices, M.C. (2009). ¿Qué aprendizaje promueve el desarrollo de competencias? una mirada desde el aprendizaje significativo. *Curriculum: Revista de teoría, investigación y práctica educativa*, 22,11-34.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3139941>

Cabello, R., Ruiz-Aranda D. & Fernández-Berrocal, P. (2010). Docentes emocionalmente inteligentes. *REIFOP*, 13(1), 41-49. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Pablo_FernandezBerrocal/publication/42319610_Docentes_emocionalmente_inteligentes/links/0922b4f93e71beb43b000000/Docentes-emocionalmente-inteligentes.pdf

Cabero, J. (2006). Las TIC y las inteligencias múltiples. *Infobit. Revista para la difusión y el uso educativo de las TIC*, 13, 8-9. Recuperado de:

<http://www.apa.org/news/press/releases/2011/01/psychologicalresilience.aspx>

Camacho Gutiérrez, E.J. & Galán Cuevas, S. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. México: Ed. El manual Moderno. SA.

Campbell, R.L., Svenson, L.W. & Jarvis, G.K. (1992). Perceived level of stress among university undergraduate students in Edmonton, Canada. *Perceptual and Motor Skills*, 75(2), 552-554.

doi: 10.2466/pms.1992.75.2.552

Campbell, A. & Knowles, S. (2007). A confirmatory factor analysis of the GHQ-12 using a large Australian Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 2-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.1.2>

Caprara, G.V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Sforza, L.L. & Stazi, M.A. (2009a). Human optimal functioning: the genetics of positive orientation towards self, life and the future. *Behavior Genetics*, 39(3), 277–284.

doi:10.1007/s10519-009-9267-y.

Caprara, G. V. (2009b). Positive orientation: turning potentials into optimal functioning. *The European Health Psychologist*, 11, 46-48. Recuperado de:

<http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/viewFile/ehp.v11.i3.p46/951>

Cardenal Hernáez, V. & Fierro Bardají, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24(1), 101-112. Recuperado de:

<http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/investigacion/componentes%20y%20correlatos%20del%20autoconcepto.pdf>

Carlsson, M. & Simovska, V. (2012). Exploring learning outcomes of school-based health promotion -a multiple case study. *Health Education Research*, 27, Jun, 437-447.

doi:10.1093/her/cys011

Castillo, I., Molina-García, J. & Álvarez, O. (2010). Importancia de la percepción de competencia y de la motivación en la salud mental de deportistas universitarios. *Salud pública*, 52(6), 517-523. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000600006>.

Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T. & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estres académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*. Recuperado de:

<https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.03.001>

Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en Riesgo. Identificación y orientación Psicológica*. Buenos Aires: Paidós.

Casullo, M.M. (2000). Psicología salugénica positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de Investigaciones*, 8, 340-346.

Casullo, M.M. (2001). El significado del bienestar en estudiantes adolescentes. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 12(2), 57-70.

Casullo, M. & Castro Solano, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.

Recuperado de: [http://aepcp.net/arc/05.2002\(2\).Casullo-Castro.pdf](http://aepcp.net/arc/05.2002(2).Casullo-Castro.pdf)

Casullo, M.M. (2005). El capital psíquico. Aportes de la psicología positiva. *Psicodebate*, 6, 59-72.

Recuperado de:

<http://texas.palermo.edu.ar/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2005.pdf>

Casuso Holgado, M^a.J. (2011). *Estudio del estrés, engagement y rendimiento académico en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga.

Recuperado de:

<https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4926/TD%20Maria%20Jesus%20Casuso%20Holgado.pdf?sequence=1>

Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.M., Lonczak, H.S. & Hawkins, J.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.

Recuperado de: <https://jjrec.files.wordpress.com/2016/04/catalano2004.pdf>

Cela, K., Fuertes, W., Alonso, C., & Sánchez, F. (2010). Evaluación de herramientas Web 2.0, estilos de aprendizaje y su aplicación en el ámbito educativo. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 3(5), 117-134.

Recuperado de: <http://learningstyles.uvu.edu/index.php/jls/article/view/123/86>

Chabrol, H. & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping* (2^a Edición). Paris: Dunod.

Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 814–833.

Cheng, C., Lau, HP. & Chan, MP. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, Vol 140(6), 1582-1607. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.1037/a0037913>

Cherry, K.E., Marks, L.D., Benedetto, T., Sullivan, M. C., Barker, A. & for Louisiana healthy Aging Study. (2013). Percepyions of longevity and successful aing in very old adults. *Journal of religion, spirituality & aging*, 25(4), 288-310. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2013.765368>

Chiang, Y.M. & Chang, Y. (2012). Stress, depression, and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. *Health Policy*, 108(2-3), 149-157.

doi:10.1016/j.healthpol.2012.08.027

Chico Librán, E. & Ferrando Piera, P.J. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 2008, 408-412. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720311>

Chocrón Cohen, S., Alfaya Góngora, M.M., Villaverde Gutiérrez, C., Roa Venegas, J.M., Benbunan Bentana, B. & Cruz Quintana, F. (2005). El impacto emotivo del hospital: implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de enfermería. *Revista ROL de enfermería*, 28(10), 35-42.

Chóliz Montañés, M. (2009). ¿Es el optimista un pesimista mal informado? Razón y emoción en la búsqueda de la felicidad. En E. García Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 197-216). Madrid: Pirámide.

Christopher, G. y Thomas, M. (2009). Social problem solving in chronic fatigue syndrome. Preliminary findings. *Stress and Health*, 25(2), 161-169.

doi: 10.1002/smi.1233

Cianconi, P., Tarricone, I., Ventriglio, A., De Rosa, C., Fiorillo, A., Saito, T. & Bhugra, D. (2015). *Psychopathology in postmodern societies. Journal of Psychopathology*, 21(4), 431-439. Recuperado de:

http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/12/RivSOPSI_4-15.pdf

Claessens, B. & van Eerde, W. (2010). Things to do today...: a daily diary study on task completion at work. *Applied Psychology*, 59 (2), 273-295.

Cole, P.M., Michel, M.K. & Teli, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100.

doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x

Colell Brunet, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.

Recuperado de:: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf>

Company, R., Oberst, U. & Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de enojo y de tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36.

Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-1.pdf>

Connor, K.M. & Zhang, W. (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums*, 10(12), 5-12.

Costa Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J.L. (2012). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective well-being. *International Journal of Wellbeing*, 2(1), 34-53. Recuperado de:
<https://internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/59>

Côté, R.R., Andersen, B. & Erickson, B.H. (2015). Social capital and ethnic tolerance: the opposing effects of diversity and competition. En Y. Li (Ed.), *The handbook of research methods and applications on social capital* (pp. 91-106). Cheltenham, U.K.: Edward Elgar. Recuperado de:
https://www.academia.edu/4184838/Social_Capital_and_Ethnic_Tolerance_The_Opposing_Effects_of_Diversity_and_Competition

Crespo, M. & Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis Editorial.

Cubillos Franks, J.H. & Trigos Rey, L.A. (2011). *Condiciones de salud y trabajo de los profesionales de enfermería de una Institución de salud de IV Nivel* (Trabajo de grado), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis120.pdf>

Cummins, R.A. & Wooden, M. (2013). Personal Resilience in Times of crisis: The Implications of SWB Homeostasis and Set-Point. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 223-235.
Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9481-4>

Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon Books.

Day, V., McGrath, P.J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: a randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 51(7), 344-51.
doi:10.1016/j.brat.2013.03.003.

Davies, E.B., Morriss R. & Glazebrook, C. (2014). Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 16(5), e130.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051748/>

De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S. & Vizuite-Carrizosa. M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.

Recuperado de: <https://www.cop-cv.org/db/docu/130715105040hiVTBd2LjuHS.pdf>

De la Peña, E., Sanz, J.C., Garrido, J., Carvajal, J., Galán, R. & Herrero, A.(2002). Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería clínica*, 12(2), 59-64.

Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(02\)75847-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(02)75847-6)

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D. & Wissing, M.P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Social indicators research*, 100(2), 185-207.

doi:10.1007/s11205-010-9632-5

De Lellis, M., Calzetta, C. & Gómez, T. (2014). Promoción de la salud en entornos educativos. El empleo de NTIC en el aprendizaje en salud. *Revista ibero- americana de educação*. 66, 175-188.

Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento y proceso educativo*. Barcelona: Paidós. Recuperado de: <http://cooperativo.sallep.net/Cómo%20pensamos.pdf>

Diener, E. & Lucas, R. (1999). Personality, and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.) *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.

Recuperado de:

https://books.google.es/books?hl=pt-BR&lr=&id=wIXAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA213&ots=ZppVr5jmf1&sig=Ly1fOnGEqJv7Y4QyLBPTEZYInY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The Science of Happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

doi:10.1037/0003-066X.55.1.34

Diener, E. (2009). Well-Being on planet earth. *Psychological Topics* 18(2), 213-219.

Recuperado de: <http://hrcak.srce.hr/file/74334>.

Diener, E. (2012). New findings and the future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67, 590-597.

doi: 10.1037/a0029541

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. Recuperado de:

doi: 10.1007/s11205-009-9493-y

Distéfano MJ., O'Connor J., Mongelo MC. & Lamas MC. 2015. *Tecnología positiva*. El uso de la tecnología para mejorar el bienestar personal y las interacciones sociales. *Psicodebate*.15(1) ISSN:1515–2251. 93–112.

Recuperado en:

https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/485/pdf_19

Domínguez Castillo, R. A., Guerrero Walker, G. J., & Domínguez Castillo, J. G. (2015). Influencia del estrés en el rendimiento académico de un

grupo de estudiantes universitarios. *Educación y ciencia*, 4(43), 31-40.

Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129,29-36.

doi:10.1177/1757913908098881

Dooris, M., Doherty, S. & Orme, J. (2017). The Application of Salutogenesis in Universities. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, G.A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 237-245). Springer. Recuperado de:

<http://eprints.uwe.ac.uk/29811s.uwe.ac.uk/2981>

Dostál, J. (2015). Theory of Problem Solving. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 2798-2805. Recuperado de:

http://ac.els-cdn.com/S1877042815010290/1-s2.0-S1877042815010290-main.pdf?tid=1e80dcc2-8cd8-11e7-895f-00000aacb360&acdnat=1504024731_88eeaf0303cdc843cf7a264a980ddb2

Downey, L.A., Johnston, P.J., Hansen, K., Birney, J. & Stough, C. (2010). Investigating the mediating effects of emotional intelligence and coping on problem behaviours in adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 20-29.

Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00049530903312873/full>

Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernety, C. & Colette, H. (2008). Time Perspective and Correlates of Wellbeing. *Time & Society* 17(1), 47-61.

<http://dx.doi.org/10.1177/0961463X07086304>

Dravigne, A., Waliczek, T.M., Lineberger, R.D. & Zajicek, J.M. (2008). The Effect of Live Plants and Window Views of Green Spaces on Employee Perceptions of Job Satisfaction.

Hort Sciencie, 43(1), 183-187. Recuperado de:

<http://hortsci.ashspublications.org/content/43/1/183.abstract>

Dubos, R. J. (1959). *Mirage of health. Utopias, progress an biological change*, Nueva York, Harper (World perspectives, 22).

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A apositive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.

Easterlin, R. (2006). Life cycle happiness and its sources. Intersections of psychology, economics and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27, 463-482.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.joep.2006.05.002>

Edo-Gual, M., Tomás-Sabado, J. y Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermeria Clínica*, 21(3),129-135.

doi:10.1016/j.enfcli.2011.01.007

Edwards, K.J., Hershberger, P.J., Russell, R.K. & Markert, R.J. (2001). Stress, Negative Social Exchange, and Health Symptoms in University Students. *Journal of American College Health*, 50(2), 75-79.

doi:10.1080/07448480109596010

Eisenberg,N., Smith, C. & Spinrad, T. (2011). Effortful control: Relations with emotional regulatuon, adjustment and socialization in childhood. In K. Vohs & R. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (2ª ed, pp. 263-283). New York: Guildford Press.

Entwistle, N.J. (1998). Improving teaching through research on student learning. In J.F.Forest (Ed.), *University Teaching: International Perspectives*, (pp.73-112). NewYork: Garland.

Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle. Selectec papers*. New York–London: Northon & Company. Recuperado de:
https://books.google.es/books?id=mNTECQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Identity+and+the+life+cycle.+Selected+papers&hl=ptBR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Identity%20and%20the%20life%20cycle.%20Selected%20papers&f=false

Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3014011>

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Durán A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 260-265. Recuperado de:

http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF5burnout_en_profesores.pdf

Extremera, N., Durán, M.A. & Rey, L. (2005). La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la situación vital, la felicidad subjetiva y el “engagement” en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 63-73.

Fabes, R.A., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I, Poulin, R., Shepard, S. & Friedman, J. (1999). Regulation, emotionality, and preschoolers’ socially competent peer interactions. *Child development*, 70(2), 432-442.

doi: 10.1111/1467-8624.00031

Fan, A. & Eaton, W.W. (2001). Longitudinal study assessing the joint effects of socio-economic status and birth risks on adult emotional and nervous conditions. *The British Journal of Psychiatry*, 178(40), 78-83.

doi:10.1192/bjp.178.40.s78

Felipe Castaño, E. & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10,(2), 245-257.

Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P. & Martín, M.D. (2003). *Emoción y motivación. Vol I*. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.

Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R. y Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: the mediating effect of age. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 77-89.

Recuperado de: <http://www.funveca.org/revista/PDFenglish/2012/art02.1.20.pdf>

Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3),139-153.

Recuperado de:

http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf53Inteligencia_Emocional_en_Espana.pdf

Fernández, I., Velasco, C. y Campos, M. (2003). Inteligencia Emocional, Alexitimia y Factores Psicosociales. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 246-250.

Ferraro, J.M. (2000). Reflective practice and professional development. *ERIC Digest*, No: ED449120.

Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED449120.pdf>

Ferri, P., Rovesti, S., Saguatti, K., Pisani, M. & Magnani, D. (2014). El abandono universitario: ¿Qué motiva a los estudiantes a dejar el Curso de Grado en Enfermería? *Agora de Enfermería*, 18(3), 114-119.

Ferré-Grau, C., Soares de Carvalho, N., Palomino-Martinez, A. y Lluch-Canut, M.T. (2014). *Programa de Enseñanza de Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería*.
Recuperado de: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/DD%3A13>

Figueroa, M.I., Contini, N., Betina Lacunza, A., Levín, M. & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.

Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Smit, F. & Westerhof, G.J. (2010). Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. *American journal of public health*, 100(12), 2372-2378.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978181/>

Folkman, s. & Moskowitz, J.T. (2000). Stress, Positive Emotion, and Coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118. Recuperado de:

http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych3131_spring2015/documents/14.2_FolkmanMoskowitz_2000_Stresspositiveemotioncoping.pdf

Forgas, J.P. (1991). *Emotion and Social Judgements*. Oxford: Pergamon Press. Recuperado de:

https://stanford.edu/~qbower/1991/Mood_congruity_of_social_judgments.pdf

Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, Vol 3(1)*.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>

Freeman, W.J. (2000). Emotion is Essentials to Intentional Behaviors. En M.D. Lewis & I. Granic (Eds.), *Emotion, Development, and Self-Organization Dynamic Systems Approaches to Emotional Development* (p.209-235). Cambridge: University Press.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527883.010>

Freimann, T., Pääsuke, M. & Merisalu, E. (2016). Work-Related Psychosocial Factors and Mental Health Problems Associated with Musculoskeletal Pain in Nurses: A Cross-Sectional Study. *Pain Reserach and Management, 3*.

doi:10.1155/2016/6

Freire, C., Ferradás, M.M., Valle, A., Núñez, J.C. & Vallejo, G. (2016). Profiles of Psychological Well-being and Coping Strategies among University Students. *Frontiers in psychology, 7*.

doi: 10.3389/fpsyg.2016.01554

Frías Osuna, A., Prieto Rodríguez, M.A., Heierle Valero, C., Aceijas Hernández, C., Calzada Gómez, M.L., Alcalde Palacios, A., ... Sandino Dabán, L. (2002). La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Atención Primaria, 29(8)*, 495-501. Recuperado de:

Frith, C.D. & Frith, U. (2007). Social cognition in humans. *Current biology, 17(16)*, 24-32.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.05.068>

Fuentelsaz-Gallego C., Moreno-Casbas, T., López-Zorraquino, D., Gómez-García, T. & González-María, E., en nombre de consorcio RN4CAST-España. (2012). Percepción del entorno laboral de las

enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Clínica*, 22(5), 2012, 261-268.

doi:10.1016/j.enfcli.2012.09.001

Furnham, A. & Petrides, K.V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 31, 815-824.

Recuperado de: <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.8.815>

García Alonso, M.I. & Medina Gómez, M.B. (2016). Apoyo social y afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 215-220.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777023>

García-Maroto Fernández, S. (2015). *Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis doctoral) Universidad de Barcelona. (UCLM).

Recuperado de: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/10072>

García Moratalla, B. & Markez Alonso, I. (2012). Factores adversos y grupos de riesgo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios*, 47. 85-94.

García Rodríguez, J.J., Labajos Manzanares, M^a.T^a.& Fernández Luque, F. (2014). Características personales de los estudiantes de enfermería que les hacen vulnerables al estrés. *Revista Enfermería Docente*, 1(102), 20-26.

Recuperado de:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-102-06.pdf>

García Puig M.E. & Torrenteras Herrera J. (2013). Las intervenciones de enfermería” como patrón pedagógico de e-learning, wiki y aplicación móvil. *Revista de Educación a Distancia*. (39). Recuperado de:

<http://www.um.es/ead/red/39/ElenaGarcia.pdf>

Garcia Silgo, M. (2013) Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanidad Militar*, 3(69). Madrid.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712013000300005>

Ghasemi, A., Estebarsari, F., Bastaminia, A., Jamshidi, E. & Dastoorpoor, M. (2014). Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life quality of Methamphetamine Users and Their Families: a Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent medical Journal*, 16(11), e20024. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329963/>

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford: Oxford Polytechnic.

Gigantesco, A., Del Re, D., Cascavilla, I., Palumbo, G., De Mei, B., Cattaneo, C., Giovannelli, I. & Bella, A. (2015). A Universal Mental Health Promotion Programme for Young People in Italy. *BioMed Research International*, Article ID 345926, 9 pages.

Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.1155/2015/345926>

Gil-Olarte, P., Palomera, R. & Brackett, M. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psichothema*, 18, supl., 118-123.

Gillham, J.E., Shatté, A.J., Reivich, K.J. & Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, pessimism and explanatory style. En E.C. Chang (ed.), *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.

doi:10.1037/10385-003

Glocher Fiorini, L., Bokanowski, T. & Lewkowicz, S. (Eds). (2009). *On Freud's "Mourning and Melancholia"*, Londres: Karnak Books.

Goldberg, D. & Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire)*. Barcelona: Masson.

Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós. Recuperado de: http://educreate.iacat.com/Maestros/Daniel_GolemanLa_Practica_De_La_Inteligencia_Emocional.pdf

Goleman, D. (2001). *Trabalhando com a Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.

González Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., García, M. y Mendiri, P. (2007). Programa de intervención para mejorar la gestión de recursos motivacionales en estudiantes universitarios. *Revista Española de Pedagogía*, 66(237), 237-256.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2355442>

González Cabanach, R., Valle Arias, A., Freire Rodríguez, C. & Ferradás Canedo, M. (2012). Relaciones entre la autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 40-48.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189004.pdf>

González, M. & Ibáñez, I. (2001). Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales. *Psiquiatría.com*, 5(1), 1137-3148. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/diagnostico-76/cuestionario-de-salud-general-ghq-12-comparacion-de-dos-modelos-factoriales/>

González-López, E., García-Lázaro, I., Blanco-Alfonso, A. & Otero-Puime, A. (2010). Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una

experiencia práctica. *Educación médica*, 13(1), 15-24.

Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v13n1/revision.pdf>

González-Romá, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior* 68(1),165-174.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.01.003>

González Sepúlveda, P., Astudillo, E.Y. & Hurtado, P. (2012). Salud Mental Positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 9(2), 37-48.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6003024>

González Sepúlveda, P.C., Gómez Arias, J.M., Caicedo Buitrago, L.M., Piernagorda Gutiérrez, D. & Medina-Pérez, O.A. (2013). Salud Mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Cultura del Cuidado Enfermería*, 10(2), 49-57.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6003068>

González V. & Pujolà, J. T. (2007). El uso del Portafolio Reflexivo del Profesor (PRP) para la autoevaluación en la formación continua. *Actas del XVIII Congreso internacional de la educación para la enseñanza del español (ASELE)*, pp. 290- 298. Recuperado de:

http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/18/18_0290.pdf

González Zúñiga, L.E. (2012). *Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la escuela de ciencias políticas* (Tesis doctoral). Universidad de los Andes Mérida. Venezuela. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9889/50749_GONZALEZ%20Zuniga%20Luis%20Enrique.pdf?sequence=1

Gottlieb, B.H. (1997). Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. En B.H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp.3-42). New York: Plenum.

Recuperado de: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4757-9862-3_1

Grafton, E., Gillespie, B. & Henderson, S. (2010). Resilience: The power within. *Oncology nursing forum*. 37(6), 698-705.

doi: 10.1188/10.ONF.698-705

Graham, C.R. (2005). Blended Learning Systems: Definition, current trends, and future directions. En C. J. Bonk, & C. R. Graham (Eds.). *Handbook of blended learning: Global Perspectives, local designs* (pp. 3-21). San Francisco, CA: Pfeiffer Publishing.

Recuperado de: <http://www.click4it.org/images/a/a8/Graham.pdf>

Graham, L. (2010). The Neuroscience of Resilience. *The Wise Brain Bulletin. News and Tools for Happiness, Love and Wisdom*, 4(6), 1-15.

Grau, A., Suñer, R. & García, M^a. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.

Greenberg, L.S., & Paivio, S.C. (2000). *Trabajar las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Grewal, D. & Salovey, P. (2005). Feeling Smart: The Science of Emotional Intelligence. *American Scientist*, 93, 330-339. Recuperado de:

http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/salovey.emot_intell.amersci.05.pdf

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V. & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health promotion International*, 32, 195-206.

doi:10.1093/heapro/dat090

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-91.

Recuperado de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12212647>

Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12916575>

Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.

Gutiérrez Carmona, M^a. & Expósito López, J. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(2), 42-58.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338241632004>

He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H. & Peng, J. (2013). The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective Well-Being of Burn patients: A structural equation modelling analysis. *PloS one*, 8(12): e82939.

doi: 10.1371/journal.pone.0082939

Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M.,... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184. Recuperado de:

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>

Heintzelman, S.J. & King, L.A. (2014). Life is pretty meaningful. *The American psychologist*, 69(6), 561-574.

doi:10.1037/a0035049

Hernández González, M. (2002). *Motivación animal y humana*. México: Ed. El Manual Moderno.

Hesley, J.W. & Hesley, J.G. (2001). *Rent Two Films and Let's Talk in the Morning: Using Popular Movies in Psychotherapy* (2. ed.) New York: J. Wiley.

Hidalgo García, M^a V., Sánchez Hidalgo, J., Lorence Lara, B., Menéndez Álvarez-Daeswt, S. & Jiménez García, L. (2014). Evaluación de la implementación del Programa Formación y Apoyo Familiar en Servicios Sociales / Implementation of the Programa de Formación y Apoyo Familiar (FAF) by Social Services. *Escritos de Psicología*, 7(3), 34-41.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2014.1211>

Holt, M. & Powell, S. (2017). Healthy Universities: a guiding framework for universities to examine the distinctive health needs of its own student population. *Perspectives in public health*, 137(1), 53-58.

doi:10.1177/1757913916659095.

Honold, J., Lakes, T., Beyer, R. & Van Der Meer, E. (2015). Restoration in Urban Spaces: Nature Views From Home, Greenways, and Public Parks. *Environment and Behavior*, 48(6), 796-825.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0013916514568556>

Hrter, S. (1988). Desenvolupamental processes in the construction of self. En T. D. Yawkey. & J. E. Johnson. Eds. *Integrative processes and Socialization Early to Middle Childhood (45-78)*. Hillsdle. NJ. Erbaum.

Hurtado-Pardos, B., Moreno-Arroyo, C., Lluch-Canut, T., Lleixà-Fortuño, M., Farres-Tarafa, M., Puig-Llobet, M., Casas, I., & Roldán-Merino, J. (2017) Positive mental health and prevalence of psychological ill-being in university nursing professors in Catalonia, Spain. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 55(7):38-48.

Recuperado de: <https://doi.org/10.3928/02793695-20170619-06>

Inglés, C.J., Torregrosa, M. S., García-Fernández, J. M., Martínez-Monteagudo, M.C., Estévez, E. & Delgado, B. (2014). *Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia*. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), 29-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129330657003>

Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York:Basic books.

Recuperado de:

https://archive.org/stream/currentconceptso00jaho/currentconceptso00jaho_djvu.txt

Jahoda, M (1959). Environment and Mental Health. *International Social Science Journal*, XI(1), 14-23.

Jané-Llopis, E. & Barry, M.M. (2005). What makes mental health promotion effective?. En E. Jané-Llopis, M. Barry, C. Hosman & V Patel (Eds.), *Promotion & Education*. Suppl 2(47), (pp.47-54). Paris: IUHPE/UIPES.

Recuperado de:<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823050120020108>

- Javaloy Mazón, F., Páez Rovira, D. & Rodríguez Carballeira, A. (2009). Felicidad y relaciones interpersonales. En E. García Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 277-305). Madrid: Pirámide.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, MB. & Ceuz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: Towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 865-75.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05526.
- Jiménez, M. I. y López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios: Diferencias de género y edad. *Boletín de Psicología*, 93, 21-39.
Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N93-2.pdf>
- Jiménez Sánchez, M.P. & Domínguez Sáchez, F.J. (2009). Cerebro y humor. En E. García Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones Positivas* (pp. 129-148). Madrid: Pirámide.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4996472>
- Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M.P. Miró, E. & Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28(1), 28-36.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723161004.pdf>
- Judge, T. A. & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80–92.
Recuperado de:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.705.776&rep=rep1&type=pdf>

Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of soul*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, Helping, and Volunteering: Pathways to Well-Being in Late Life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159–187.
Recuperado de:
<http://doi.org/10.1177/0898264312469665>.

Kaiser, B. & DeVries, K. (2010). Introduction to the special issue on developing flexible and adaptable leaders for an age of uncertainty. *Consulting Psychology Journal*, 62(2), 77-80.

Kashdan, T.B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001. Epub 2010 Mar 12.

Keleher, H. & Armstrong, R. (2005). Evidence-based mental health promotion resource. Department of Human Services and Vichealth, Melbourne.

Kemerer, D., & Ćwiekala-Lewis, K. (2016). Emotional Intelligence For Leaders In Nursing. *Polish Nursing/Pielegniarstwo Polskie*, 62(4), 562-565.
Recuperado de: http://www.pielegniarstwo ump.edu.pl/uploads/2016/4/562_4_62_2016.pdf

Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61(2), 121-140.
Recuperado de: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf>

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Keyes C.L.M. (2003). Complete Mental Health: Agenda for the 21st century. En C. L.M.Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the Life Well-Lived* (pp 293-312). American Psychological Association, Chronical physical conditions and ageing: potential predictive ageing international. Washington DC.

Keyes, C.L.M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, 8(23), 266–274.

doi:10.1080/13607860410001669804

Keyes, C.L.M. (2005a). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Ageing International*, 30(1), 88–104.

Recuperado de:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.407.1278&rep=rep1&type=pdf>

Keyes, C.L.M. (2005b). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American psychologist*, 62(2), 95-108.

doi:10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C.L., Eisenberg, D., Perry, G.S., Dube, S.R., Kroenke, K. & Dhingra, S.S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and

academic impairment in college students. *Journal of American college health*, 60(2),126-33.

doi:10.1080/07448481.2011.608393.

Klein, B., Richards, J.C. & Austin, D.A. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238. doi:10.1016/j.jbtep.2005.07.001

Knesebeck, O & Geyer, S. (2007). Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC public health*, 1(7)272.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-272>.

Knight, T., Skouteris, H., Townsend, M. & Hooley, M. (2017). The act of giving: a pilot and feasibility study of the My Life Story programme designed to foster positive mental health and well-being in adolescents and older adults. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(2),165-178.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2014.881297>

Kolb, D. (1984). *Experiential learning*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. Recuperado de: <https://academic.regis.edu/ed205/kolb.pdf>

Koerner, N. & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G.C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its Psychological Disorders* (pp. 201-216). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Kong, F., Jingjing Z. & Xuqun, Y. (2012). Emotional intelligence and life satisfaction in Chinese university students: The mediating role of self-esteem and social support. *Personality and Individual Differences*, 53(8):1039-1043.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.07.032>

Kumar, J. A. & Muniandy, B. (2012). The influence of demographic profiles on emotional intelligence: a study on polytechnic lecturers in Malaysia. *International online journal of educational sciences*, 4(1), 62-70.

Recuperado de: http://www.iojes.net/userfiles/Article/IOJES_715.pdf

Kralik, D., van Loon, A. & Visentin, K. (2006). Resilience in the Chronic Illness Experience. *Educational Action Reserch*, 14(2). 187-201.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/09650790600718035>

Larson, M. & Luthans, F. (2006). Potential Added Value of Psychological Capital in Predicting Work Attitudes. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13(1), 45-62.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/10717919070130010701>

Lawrence-Wilkes, L. & Ashmore, L. (2014). *The Reflective Practitioner in Professional Education*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245

Leary, M., Tambor, E.S., Terdal, S. K. & Downs, D. L. (1999). Self-esteem as an

interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530.

doi:10.1037/0022-3514.68.3.518

Leen-Feldner, Zvolensky, Feldner & Lejuez, (2004). Behavioral inhibition: Relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences*, 36, 1235-1247. Recuperado de: <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/34876.pdf>

Lehtinen, V., Sohlman, B. & Kovess-Masfety (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 1, 9.
Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188064/>

León Román, C.A. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 15-24.

Liao, Z. & Liu, Y. (2015). Abusive Supervision and Psychological Capital: A Mediated Moderation Model of Team Member Support and Supervisor-Student Exchange. *Frontiers of Business Research in China*, 9(4), 576-607.
doi:10.3868/s070-004-015-0023-6

Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, M^a.E., Ruiz Gándara, A., Muñoz-Villanueva, M^a.C., Vázquez-Casares, A.M^a. & Rodríguez-Borrego, M^a.A. (2014). Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con engagement académico. *Revista da Escola de Enfermagem*, 48(4), 715-722.
Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/es_0080-6234-reeusp-48-04715.pdf

Lluch-Canut, M^a.T^a. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la Salud Mental Positiva*. Barcelona. (Tesis doctoral).
Recuperado de: <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO10426/tesisaludmentalpositiva.pdf>

Lluch-Canut, M.T. (2002a). Promoción de la salud mental cuidarse para cuidar mejor. *Matronas profesión* 3(7), 10-14.

Lluch-Canut, M.T. (2002b). Evaluación empírica de un modelo conceptual de Salud Mental Positiva. *Salud Mental*, 25(4), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México, 42- 55.

Lluch Canut, M.T. (2008). Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. En J. Fornés Vives y J. Gomez Salgado (Eds.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II* (pp. 37–69). Madrid: Fuden.

Lluch-Canut, M.T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J, & Ferré-Grau, C. Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC public health*, 13, 928.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853147/>

Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of advanced nursing*, 39(2),119-26.

doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.02251.x

López Alonso, S.R. (2000). Implicación emocional en la práctica de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, IV(7-8),172-180. Recuperado de:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC_07-08_20.pdf

López-Medina, I.M. & Sánchez-Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 15(6), 307-313.

Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71136-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71136-0)

López Soriano, F. & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial* 17(4), 201-205.

Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission/es/>

López, F. & López, M.J. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería*, 17(2), 47–54.

doi: 10.4067/S0717-95532011000200006.

Lovat, T., Toomey, R. & Clement, N. (2010). *International Research Handbook on Values Education and Student Wellbeing*, London: Springer.

doi:10.1007/978-90-481-8675-4

Luna, D. (2010). *Dificultades de regulación emocional (facilitado por el contexto de crianza) y su intervención desde una perspectiva conductual-cognoscitiva basada en solución de problemas, identificación de reglas, respiración y relajación en un niño de 8 años* (Tesis de Especialista en Psicología Clínica Comportamental-Cognoscitiva). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Lupano Perugini, M.L. & Castro Solano, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, IV(1), 43.56.

Recuperado de: <http://centrocppa.org/wp-content/uploads/2015/11/lupano.pdf>

Luzuriaga, L. (1987). *História da educação e da pedagogia*. São Paulo: Nacional.

Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1067-1072.

doi: 10.1007/s00103-010-1127-7

Lyubomirsky, S., & Dickerhoof, R. (2005). Subjective well-being. En J. Worrell (Ed.), *Handbook of girls' and women's psychological health: Gender and well-being across the life span* (pp. 166-174). New York: Oxford University Press.

Recuperado de:

[https://books.google.es/books?hl=ptBR&lr=&id=zDElx920_IYC&oi=fnd&pg=PA166&dq=Lyubomirsky,+S+%,+%26+Dickerhoof,+R.+\(2005\).+Subjective+wellbeing.+&ots=NJD721uolw&sig=m5ZKKzD4iTqYPTYJ2LR0WIZY#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=ptBR&lr=&id=zDElx920_IYC&oi=fnd&pg=PA166&dq=Lyubomirsky,+S+%,+%26+Dickerhoof,+R.+(2005).+Subjective+wellbeing.+&ots=NJD721uolw&sig=m5ZKKzD4iTqYPTYJ2LR0WIZY#v=onepage&q&f=false)

McVanel, S. & Morris, B. (2010). Staff's perceptions of voluntary assertiveness skills training. *Journal for nurses in staff development*, 26(6), 256-259.

doi: 10.1097/NND.0b013e31819b5c72.

Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.

doi: 10.1037/0096-3445.105.1.3

Mancini, A.D. & Bonanno, G.A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805–1832.

Recuperado de: <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00601>.

Mantas Jiménez, Susana. 2017. Sentido de coherencia, resiliencia y Salud Mental Positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas. Tesis doctoral. Universitat de Girona. Recuperado en : <http://www.tesisenred.net/handle/10803/406045>

Mantas Jiménez, S., Juvinyà i Canal, D., Bertran i Noguera, C., Roldán Merino, J., Sequeira, C. & Lluch-Canut, M. (2015). Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 34-42.

Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a05.pdf>

Mantas,S., Juvinyà,D., Bertran,C., Roldán,J., Sequeira,C. y Lluch,T.(2015). Evaluación de la Salud Mental Positiva y sentido de coherencia en profesionales de la salud mental. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13); 34-42.

Mariñelarena-Dondena, L. (2014). De la epidemiología psiquiátrica a la psicología positiva. Historia de la trayectoria científica de María Martina Casullo. *Universitas Psychologica*, 13(5), 1893-1904.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.eppp>

Martín-Blas, T. & Serrano-Fernández, A. (2009). The role of new technologies in the learning process: Moodle as a teaching tool in physics. *Computers & education*, 52(1), 35-44.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2008.06.005>

Martínez Festorazzi, V., Naddeo, D. y Odriozola, B. (2007). Apoyo social y estrategias de afrontamiento frente a la crisis del envejecimiento. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-073/440.pdf>

Martínez García, M.F., García Ramírez, M. & Maya Jariego, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.

Recuperado de: <http://www.psicothema.es/pdf/486.pdf>

Martínez González, A.E., Piqueras Rodríguez, J.A. & Inglés Saura, C.J.(2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 14(37), 1-24.

Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>

Martínez, A.E., Piqueras, J.A. & Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(21), 861-890.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293122002020.pdf>

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 390-396.

Recuperado de: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

Matthews, G. & Stolarski, M. (2015). Emotional processes in development and dynamics of individual time perspective. En M. Stolarski, N. Fieulaine, W van Beek, editors. *Time perspective theory; review, research and application* (269–286). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
Recuperado de:

<http://ei.yale.edu/publication/emotional-intelligence-theory-findings-implications/>

Mayor, J., Suengas, A. & González, J. (1995). *Estrategias metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid: Síntesis.

Meaney, M.J. & Szyf, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and fixed genome. *Dialogues in Clinical Neurocienc*, 7(2), 103-123.

Medina Pérez, O., Irija Serrano, M.F., Martínez Ardila, G. & Cardona Duque, D.V. (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.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194224431012.pdf>

Meirinhos, M. & Osorio, A. (2009). Las comunidades virtuales de aprendizaje: El papel central de la colaboración. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 35(15), 45-60.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.760>

Melillo, A. & Suárez Ojeda, E.N. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Menezes de Lucena, V. A., Fernández Calvo, B., Hernández Martín, L., RamosCampos, F. & Contador Castillo, I. (2006). Resilience y el modelo de Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.

Mercado, L.C. (2008). Espacios democráticos para pensar y para pensarse. Estrategias de prevención primaria en salud mental desde los ámbitos educativos. *Dialogos pedagógicos*, 6(11), 27- 37.

Mercado Torres, G. (2006). *Nivel de estrés laboral en enfermeras en el Hospital Nacional Dos de Mayo, enero 2006* (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Recuperado de:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/996/1/Mercado_tg.pdf

Mesa de la Torre, E., Gálvez Díaz, A., Calvo Calvo, M.A., Vázquez Franco, M^a.D., Castilla Requena, R. & Luque Cid, A. (2005). Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(4), 266-271.

Mezirow J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adultand Continuing Education*, 74, 5–12.

doi:10.1002/ace.7401

Miguel, E. & Kremer, M. (2004). Worms: identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities. *Econometria*, 72(1), 159-217.

Recuperado de:

http://cega.berkeley.edu/assets/cega_research_projects/1/Identifying-Impacts-on-Education-and-Health-in-the-Presence-of-Treatment-Externalities.pdf

Miguel Ruiz, M.^a D. (2014). *Valoración de la salud mental positiva y de los requisitos de autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona.

Recuperado de:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56453/1/MDMR_TESIS.pdf

Mikolajczak, M., Petrides, K.V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.

Recuperado de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19054434>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (2006). Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

Recuperado de:

<http://www.msps.es/gl/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Misra, R. & McKean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure

satisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16(1), 41-51.

Recuperado de:

<http://www.biomedsearch.com/article/College-students-academic-stress-its/65640245.html>

Molina Linde, J.M., Sánchez Hernández, M.P., Rubio, R. & Uribe Rodríguez, A.F. (2005). Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género. *Pensamiento psicológico*, 1(5), 17-26.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2792947>

Molina, M., Pérez, C., Espinoza, J. & López, G. (2013). Riesgo psicosocial y factores personales protectores de la salud en trabajadores sanitarios. *Revista Dos puntas. Año V(8)*, 167-180.

Montes-Berges, B. y Augusto, J.M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171.

Moon, J.A. (2004). *A Handbook of Reflective and Experiential Learning: Theory and Practice*. London and New York: RoutledgeFalmer.

Recuperado de:

http://perpustakaandeajulia.weebly.com/uploads/1/8/2/6/18261275/a_handbook_of_reflective_and_experiential_learning-theory_and_practice.pdf

Mora, J. A. & Martín, M. L. (2007). Inteligencia Emocional y personalidad. En Libro de resúmenes del I Congreso Internacional de Inteligencia emocional (p.163). Málaga, España.

Moreno-Jiménez, B., Gálvez Herrer, M., Rodríguez-Carvajal, R. & Garrosa Hernández, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 428(1), 63-73.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880006.pdf>

Moreno-Jiménez, B., Morante Benadero, M.E., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.

Recuperado de: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>

Moreno Pinho, A. (2011). *La promoción de la resiliencia en el vínculo establecido entre adolescentes y educadores en la práctica psicomotriz educativa* (Tesis doctoral) Universitat de Barcelona:

Recuperado de:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42483/6/05.AMP_ANEXO_D.pdf

Moshki, M., Amiri, M. & Khosravan, S. (2012). Mental health promotion of Iranian university students: the effect of self-esteem and health locus of control. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(8), 715-721.

doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01806.x.

Moya Nicolás, M., Larrosa Sánchez, S., López Marín, C., López Rodríguez, I., Lidia Morales Ruiz, L. & Simón Gómez, A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Revista Electrónica de Enfermería Global*, 12(3), 232-243.

Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/administracion5.pdf>

Muñoz, C.O., Restrepo, D. & Cardona, D. (2016). Construcción de concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 39(3),166–73.

Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28310>

Muñoz, F., Matus, O., Pérez, C. & Fasce, E. (2016). Blended learning y el desarrollo de la comunicación científica en un programa de especialización dental. *Investigación en Educación Médica*, 6(23), 180-189.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.011>

Muñoz Zambrano, C.L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G. & Villaroel Julio, K. (2015). Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y enfermería*, 21(1).

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>

Navinés, R., Martín Santos, R., Olivé, V. & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359-366.

doi:10.1016/j.medcli.2015.11.023

Nobre, S., Reis, S., Castro, F.V. & Lapa Esteves, M. de F. (2013). Felicidade, amor e arte. *International Journal of developmental and educational psychology: INFAD Revista de Psicologia*, 2(1), 421-430.

Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M.D., Bartolomé-Gutierrez, R., García-Campayo, J. & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD- RISC) in young adults. *Health and quality of life outcomes*, 9, 63.

doi: 10.1186/1477-7525-9-63

OCD – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2007). Capital humano: Cómo moldea tu vida lo que sabes.

Recuperado de: <https://www.oecd.org/insights/38435951.pdf>

O'Dougherty Wright, M., Masten, A.S. & Narayan, A.J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. En S. Goldstein, R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp. 15-37). Springer.

Recuperado de:

<https://pdfs.semanticscholar.org/a93c/562d07e31219a7697e7a8038ce18134a90c0.pdf>

Oleś, P.K. & Jankowski, T. (2017). Positive Orientation —a Common Base for Hedonistic and Eudemonistic Happiness? *Applied Research in Quality of Life*, 1871-2576 (Online).

Recuperado de: <https://doi.org/10.1007%2Fs11482-017-9508-9>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la OMS: principios*.

Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission/es/>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Otawa para la promoción de la Salud*.

Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index8.html>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (1997). *Life Skills education schools*.

Recuperado de:

<http://www.orientamentoirreer.it/sites/default/files/materiali/1994%20OMS%20lifeskills%20edizione%201994.pdf>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Salud mental: un estado de bienestar*.

Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Ong, A.D., Bergeman, C.S., Biscontin, T.L. & Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, 4, 730-749.

Recuperado de:

<https://anthonyongphd.files.wordpress.com/2015/05/ong-bergeman-bisconti-2006.pdf>

Oramas Viera, A., & Santana López, S. & Verdara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana*, 7(1-2), 34-39.

Orcutt K. H., Bonanno G.A., Hannan S.M., Miron, L.R. (2014). Prospective Trajectories of posttraumatic stress in college women following a campus mass shooting. *Journal Trauma Stress*. 27(3), 249-256.

Ortiz, J., Ramos, N. & Vera-Villarroel, P. (2003). Optimismo y Salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*, 10(1),19-134.

Recuperado de:

[https://www.academia.edu/560153/Optimismo_y_Salud_Estado_actual_e_implicaciones_para_la_psicologia%20C%ADa_cl%C3%ADnica_y_de_la_salud](https://www.academia.edu/560153/Optimismo_y_Salud_Estado_actual_e_implicaciones_para_la_psicologia_clinica_y_de_la_salud)

Páez Cala, M.L. & Castaño Castrillón, J.J. (2015). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 268-285.

Recuperado de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O981wByrtRcJ:rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/articulo/view/5798/6984+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=es>

Pajares, F. & Miller, M.D. (1994). The role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem solving: A path análisis. *Journal of Educational Psychology*, 86(2), 193-203.

doi:10.1037/0022-0663.86.2.193

Pajares, F. & Schunk, D. H. (in press) (2001). Self-efficacy, self-concept, and academic achievement. In J. Aronson & D. Cordova (Eds.),

Psychology of education: Personal and interpersonal forces. New York: Academic Press.

Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/PajaresSchunk2001.html>

Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive Theory and Self – Efficacy*. EEUU: Emory University.

Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>

Pajares, F. (2005). Gender differences in mathematics self-efficacy beliefs. In A. M. Gallagher & J. C. Kaufman (Eds.), *Gender differences in mathematics: An integrative psychological approach* (pp. 294–315). New York: Cambridge University Press.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Eunsook_Hong/publication/237235192_Gender_Effects_on_Mathematics_AchievementMediating_Role_of_State_and_Trait_SelfRegulation/links/54da9b650cf233119bc358f8.pdf#page=311

Pando, M. (2012). Salud mental positiva. En M. Pando Moreno, C. Aranda Beltrán, L. Parra Osorio, D. Ruiz de Chávez (Eds), *Eugenesia laboral: salud mental positiva en el trabajo*. (pp. 15-30). Cali: Universidad Libre Seccional.

Pantoja, A. & Alcaide, M. (2013). La variable género y su relación con el autoconcepto y rendimiento académico de alumnado universitario. *Revista electrónica de Educación y comunicación en la sociedad del conocimiento*, 1(13), 124-140.

Recuperado de: <http://eticanet.org/revista/index.php/eticanet/article/view/23>

Park, N., Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). Strengths os charather and well-being. *Journal of social and clinical psychology*,23(5),603-619.

Recuperado de:

<http://www.viacharacter.org/blog/wp-content/uploads/2013/12/Character-strengths-well-being-Park-Peterson-Seligman-2004.pdf>

Pau, A.K.H., Croucher, R., Sohanpal, R., Muirhead, V. y Seymour, K. (2004). Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates - A qualitative study. *British Dental Journal*, 197(4), 205-209.

Penley, J.A., Tomaka, J. & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, 25(6), 551–603.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12462958>

Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). Character strengths and virtues. A handbook and classification. Washington, DC: American Psychological Association.

Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup Contact Theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.

doi:10.1146/annurev.psych.49.1.65

Pileño Martínez, M.E; Morillo Rodríguez F. J; Salvadores Fuentes, P.& Nogales Espert, A. (2003). El Enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, VII(13), 29-35.

Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf

Pinillos Díaz, J.L. (2002). Postmodernismo y Psicología. Una cuestión pendiente, *Anales de psicología*, 18(1), 1-11.

Pinto Cortez, C. (2014). Resiliencia psicológica: una aproximación hacia su conceptualización, enfoque teórico y relación con el abuso sexual infantil. *Suma Psicológica UST* 11(2), 19-33.

Piña López, J. A. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*, 31(3), 751-758.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16741429001.pdf>

Piscitelli, A., Adaime, I., & Binder, I. (2010). *El Proyecto Facebook y la posuniversidad*. Madrid: Ariel.

Ponizovsky-Bergelson, Y., Kurman, J. & Roer-Strier, D. (2015). Adjustment Enhancer or Moderator? The Role of Resilience in Postmigration Filial Responsibility. *Journal of Family Psychology*, 29(3):438-446.

doi: 10.1037/fam0000080.

Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B. & Emmelkamp, P.M. (2009), *Psychother Psychosom*, 78(2), 73–80.

doi: 10.1159/000190790.

Pozos-Radillo, B.E., Preciado-Serrano, M.L., Acosta-Fernández, M., Aguilera-Velasco, M.A. & Delgado-García, D.D. (2014). Academic stress as

a predictor of chronic stress in university students. *Psicología Educativa*, 20(1), 47-52.

doi:10.1016/j.pse.2014.05.006

Prinz, A. & Bünger, B. (2009). From 'Full life' to 'balance life': extending Martin Seligman's route to happiness. *CAWM discussion paper/ Centrum für Angewandte Wirtschaftsforschung Münster*, 17, 1-23.

Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10419/51263>

Pulakos, E.D., Arad, S., Donovan, M. & Plamondon, K.E. (2000). Adaptability in the work place: Development of a taxonomy of adaptative performance. *Journal of Applied Psychology*, 85, 612-624.

Recuperado de: <http://annex.ipacweb.org/library/conf/99/pulakos.pdf>

Pulgar Suazo, L. (2010). *Factores de resiliencia presentes en estudiantes de la universidad de Bío-Bío, sede Chillán* (Tesis de maestrado). Universidad del Bío- Bío, Chile.

Recuperado de: http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2010/pulgar_l/doc/pulgar_l.pdf

Quoidbach, J., Mikolajczak, M. & Gross, J.J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*, Vol 141(3), May, 655-693.

doi:10.1037/a0038648.

Rae, T. & Marris, B. (2004). *Escape From Exclusion*, Bristol, Lucky Duck Publishing.

Rajmil, L., Gispert Magarolas, R., Roset Gamisans, M. & Muñoz Rodríguez, P. E. & Segura Benedicto, A. Equipo de la Encuesta de Salud de Catalunya. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria*, 12(4), 153-159.

Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(98\)76465-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(98)76465-9)

Ramos Bernal, A. (2010). *Stop al estigma de la salud mental*. San Vicente,

Alicante: Club Universitario. Recuperado de:

<http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/3562.pdf>

Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Asko Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2016). An Online Guided ACT Intervention for Enhancing the Psychological Wellbeing of University Students: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30-42. Recuperado de:

[https://meridian.wmahsn.org/files/Räsänen_2016_StudentLifeCompass-RCT%20\(1\).pdf](https://meridian.wmahsn.org/files/Räsänen_2016_StudentLifeCompass-RCT%20(1).pdf)

Rasmussen, H.N., Scheier, M.F. & Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Annals of behavioral medicine*, 37(3), 239-256.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941870/>

Reger, M.A. & Gahm, G.A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 53-75.

doi:10.1002/jclp.20536.

Ribera Domene, D., Cartagena de la Peña, E., Reig Ferrer, A., Romà Ferri, M^a.T^a., Sans Quintero, M^a.I. & Caruana Vanó, A. (1993). *Estrés*

laboral y Salud en profesionales de Enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: Universidad de Alicante.

Ribes, R., Bisquera, R., Agulló, M.J., Filella, G. & Soldevila, A. (2005). Una propuesta de currículum emocional en educación infantil (3-6 años), *Cultura y Educación*, 17(1), 5-17.

Recuperado de:

<http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/Una-propuesta-de-curr%C3%ADculum-emocional-eneducación-infantil-3-6-años.pdf>

Ricomé Muntané, R. (2016). *Impacte dels sistemes de resposta personal (SRP) en la docència del grau d'infermeria: beneficis per als docents i discents* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Recuperado de:: <http://www.tdx.cat/handle/10803/386399>

Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology* 58(3), 307-321.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10020>

Richardson, G.E. & Waite, P.J. (2002). Mental health promotion through resilience and resiliency education. *International journal of emergency mental health*, 4(1), 65-75.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Phillip_Waite/publication/11357918_Mental_health_promotion_through_r_esilience_and_resiliency_education/links/561bd97808aea80367243116/Mental-health-promotion-through-resilienceand-resiliency-education.pdf

Ríos Rísquez, M.I., Peñalver Hernández, F. & Godoy Fernández, C. (2008). *Burnout* y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178.

doi: 10.1016/S1130-2399(08)75832-2

Rocha, K.B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423008>

Rodrigues Lopes, V. & Fernandes Martins, M.C. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11(2), 36-50.

Recuperado de:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22783/20750>

Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I. & Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el Apoyo Social Percibido en una muestra de adolescentes. *Revista Acción Psicológica*, 12(2), 1-14.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.14903>

Rodríguez, G., Camacho Rosales, J., Rodrigo López, M.J., Máiquez Chaces, M.L. & Martín Araujo, J.C. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de Servicios Sociales Municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.

Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3198>

Rodríguez-Verdura, L. (2014). Estudio exploratorio sobre la Terapia del Bienestar en la autogestión del estrés y el bienestar psicológico en población subclínica. *Encuentros sobre Psicología, comunicación y lenguaje*, 97-110.

Recuperado de:

http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13543/CC136_art_6.pdf?sequence=1

Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G.P.J., De Bruin, M.B.N. & Schmidt, A.J.M. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health*, 21, 17–25.

doi: 10.1002/smi.1032

Rogers, C. (1981). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.

Roldán-Merino, J., Lluc-Canut, M^a.T., Casas, I., Sanromà-Ortiz, M., Ferré-Graus, C., Sequeira, C., Soares, D. & Puig-Llobet, M. (2017). Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(2-3):123-133.

doi:10.1111/jpm.12358.

Rolfe, G., Freshwater, D. & Jasper, M. (2001). *Critical reflection in nursing and the helping professions: a user's guide*. Basingstoke: PalgraveMacmillan.

Ronaldson, A., Molloy, G.J., Wikman, A., Poole, L., Kaski, J.C. & Steptoe, A. (2015). Optimism and Recovery After Acute Coronary Syndrome:

A Clinical Cohort Study. *Psychosomatic medicine*, 77(3), 311-318.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396437/>

Rosenberg, A.R., Yi-Frazier, J.P., Eaton, L., Wharton, C., Cochrane, K., Pihoker, C., Baker, K.S. & McCauley, E. (2015). Promoting Resilience in Stress Management: A Pilot Study of a Novel Resilience-Promoting Intervention for Adolescents and Young Adults With Serious Illness. *Journal of pediatric psychology*, 40(9), 992-9.

doi: 10.1093/jpepsy/jsv004

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In O. P. John, R. W. Robbins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 654-678). New York: The Guilford Press.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1068-1081.

doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.

Recuperado de:

<https://lemosandcrane.co.uk/resources/RISE%20psychological%20wellbeing%20in%20adulthood.pdf>

Ryff, C.D., Singer, B.H. & Dienberg Love, G. (2004). Positive Health: connecting well-being with biology. *Philosophical transactions of the Royal*

Society of London. Royal Society London, 359(1449), 1383-1394.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>

Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83(1),10-28.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1159/000353263>

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255022>

Salomon, S. D. & Davidson, J. R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5-11.

Sameroff, A., Gutman, L.M. & Peck, S.C. (2003). Adaptation Among Youth Facing Multiple Risks. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in The Context of Childhood Adversities* (pp. 364-391). Cambridge: Cambridge University Press.

Recuperado de: <http://www.rcgd.isr.umich.edu/garp/articles/sameroff03.pdf>

Sánchez-López, M.P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839-843.

Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3564>

Sánchez Olavarría, C. (2015). B-learning como estrategia para el desarrollo de competencias. El caso de una universidad privada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 67(1), 85-100.

Recuperado de:

http://observatorio.duoc.cl/b_learning_como_estrategia_para_el_desarrollo_de_competencias_el_caso_de_launiversidad_privada

Sánchez Ortega, M^a.A. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona.

Recuperado de:

http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/387116/MASO_TESIS.pdf?sequence=1

Sanin, A. (2010). Metodología para la gestión del clima organizacional basada en el modelo del mejoramiento del desempeño de American Society for Training and Development. En Toro, F. (Ed.). *Clima*

Organizacional. Una aproximación a su dinámica en la empresa latinoamericana. Medellín: Cincel.

Recuperado de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IMhZDMPDO90J:revista.cincel.com.co/index.php/RPO/article/download/104/103+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=es>

Sanjuán, P. & Ávila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-10.

Recuperado de: http://www.aepcp.net/arc/01_2016_n1.pdf

Sanromà Ortiz, M, (2016). *Evaluación de un programa de empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería “Dinamiza la Salud: Cuídate y Cuida”*. Barcelona. (Tesis doctoral).

Recuperado de:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100547/1/MSO_TESIS.pdf

Sansinenea, E., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., Larrañaga, M., Ortiz, M., Valencia, J.F. & Fuster, M.J. (2008). Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales: ¿Cuál es su aportación al bienestar? *Anales de Psicología*, 24(1), 121-128.

Recuperado de:

<https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/8151/2/Autoconcordancia%20y%20autoeficacia%20en%20los%20objetivos%20p%20ersonales.pdf.txt>

Sanz Gómez, A.I., Iriarte Ramos, S. & Gascón Catalán, A. (2016). Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de Enfermería. *Enfermería Global*, 15(3), 176-187.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.15.3.214021>

Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92.

Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1015630930326>.

Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.

Recuperado de: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/209.pdf>

Schutte, P.S. & Ryff, C.D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of personality and social psychology*, 73(3), 549-59.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.549>

Schonert-Reich, K.A., Smith, V., Zaidman-Zait, A. & Hertzman, C. (2012). Promoting Children's Prosocial Behaviors in School: Impact of the "Roots of Empathy" Program on the Social and Emotional Competence of School-Aged Children. *School Mental Health*, 4(1), 1-21.

doi: 10.1007/s12310-011-9064-7

Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para ensino e a aprendizagem*. Porto. Ed. Penso.

Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2010). Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: relationships to subjective and objective measures of well-being. *Journal of Positive Psychology*, 5(4), 253-263.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/17439761003794130>

Recuperado en: <https://doi.org/10.1080/17439761003794130>

Schwartz, C. E., Meisenhelder, J. B., Yusheng, A., & Reed, G. (2003). Altruistic social interest behaviors are associated with better mentalhealth. *Psychosomatic Medicine*, 65, 778–785.

Seery M. D., Holman E. A. & Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of personality an social psychology*, 99(6), 1025-1041.

doi:10.1037/a0021344

Seligman, M.E.P. (1998). Positive social science. *The APA Monitor Online* 29(4).

Recuperado de: <http://www.apa.org/monitor/apr98/pres.html>.

Seligman, M.E.P. (1999). *The President's Address (Annual Report)*. *American Psychologist*, 54, 559-562.

Recuperado de:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v_bWNAzhzAEJ:https://ppc.sas.upenn.edu/sites/ppc.sas.upenn.edu/files/APA%2520President%2520Address%25201998.docx+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=es

Seligman, M.E.P. (2002). *Auténtica felicidad: Usando la Nueva Psicología positiva para concretar su potencial para el Duradera Cumplimiento*. New York: Free Press.

Seligman, M.E.P., Parks, A.C. & Steen, T. (2004). A balance psychology and full life. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 359(1449), 1379-1381.

Recuperado de: <http://www.sas.upenn.edu/psych/seligman/balancedpsychologyarticle.pdf>

Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish. A visionari New Understanding happiness and wel- being*. New York: Free Press.

Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 45-53.

Recuperado de: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19775/1/2014183.pdf>

Serrano-Parra, M.D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M. & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Revista Enfermería Clínica*, 23,14-21.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.006>

Simón García, M^a.J., Blesa Malpica, A.L., Bermejo Pablos, C., Calvo Gutierrez, M^a.A. & Gómez De Enterría Pérez, C. (2005). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva*, 16(1), 3-14.

Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(05\)73380-0](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(05)73380-0)

Singleton, K.W. (2004). Strategies of survival: Coping, characteristics of resiliency, and perceived impact of abuse in resilient Black female survivors of sexual trauma. Dissertation. *Abstracts International Section B: The Sciences & Engineering*, 64(01), 12-B.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129,216–69. Recuperado de:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.1894&rep=rep1&type=pdf>

- Smith, A., Peled, M., Stewart, D., Tang, S. & Kovaleva, K. (2011).
Promoting positive mental health among yount intransition: a literature review. Vancouver: McCreary Centre Society.
Recuperado de:
http://www.mcs.bc.ca/pdf/Promoting_positive_mental_health_literature_review.pdf
- Smith, B. W. & Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 799-810.
doi: 10.1037/0022-006X.76.5.799.
- Smith, B., Profetto-McGrath, J. & Cummings, G.G. (2009).
Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International journal of nursing Studies*, 46(12),1624-1636. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024.
- Snippe, E., Nykliček I., Schoroevers, M. & Bos, E.H. (2015). The temporal of change in daily mindfulness and effect during mindfulness-based stress. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 106-114.
doi:10.1037/cou0000057.
- Soares de Carvalho, N., Ferré-Grau, C. & Lluch-Canut, M^a.T^a. (2015). Trabajar las emociones mediante b-learning: una experiencia diferente. En M. Villca Pozo, A.Carreras Casanovas (Eds.). *Docencia virtual y experiencias de innovación docente: entornos b-learning y e-learning* (pp. 305-321). Barcelona: Huygens.
- Solano Ruiz, M^a.C., Hernández Vidal, P., Vizcaya Moreno, M^a.F. & Ferrer, Reig A.(2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería intensiva*, 13(1), 9-16.

Recuperado de:

[https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(02\)78049-8](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(02)78049-8)

Song, Ch., Ikei, H. & Miyazaki, Y. (2016). Physiological Effects of Nature Therapy: A Review of the Research in Japan. *International journal of environmental research and public health*,13(8), E781.

Doi.10.3390/ijerph13080781

Sosa Correa, M. (2009). Escala auto-informada de inteligencia emocional (EAIE): validación de la Escala de Inteligencia Emocional Autoinformada (Tesis doctoral). Universidad Complutense.

Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/8685/>

Southwick, S. M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience and Trauma, Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotramatology*, 5(5).

doi:10.3402/ejpt.v5.25338

Steger, M. F. (2012). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of spirituality, psychopathology, and wellbeing. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning* (2nd ed., pp. 165-184). New York, NY: Routledge.

Stein, M.B., Torgrud, L.J. & Walker, J. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Archives of general psychiatry*, 57(11),1046-1052.

Recuperado de:

<https://pdfs.semanticscholar.org/0980/cd124cc15d17ca268b5495c6750b7d4f5dba.pdf>

Stewart, J. & Adler, N.E. (2010), Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Feb; 1186, 5-23.

doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x

Strack, S., Carver, C. S., & Blaney, P. H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 579-584.

Stuss, D.T. & Knight, R.T. (2002). *Principles of frontal lobe function*. New York: Oxford University Press.

Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An Integrative Theory of Intergroup Conflict. En W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 94-109). Monterey, CA: Brooks-Cole.
Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/226768898_An_Integrative_Theory_of_Intergroup_Conflict

Tan, H.H. & Lim, A. K. (2009). Trust in coworkers and trust in organizations. *The Journal of Psychology*, 143(1), 45-66.

doi: 10.3200/JRLP.143.1.45-66.

Tesser, A. (2000). On the Confluence of Self-Esteem Maintenance Mechanisms Abraham Tesser. *Personality and Social Psychology Review* 4(4), 290-299.

Recuperado de: https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0404_1

The American Psychological Association (APA) (2014). The Road to Resilience.

Recuperado de: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

Thomas, L.J. & Hunter Revell, S. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 36, 457-462.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.016>

Tolentino, S. (2009). *Perfil de estrés académico en alumnos de licenciatura en Psicología, de la Universidad Autónoma de Hidalgo en la Escuela Superior de Actopan* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo:

https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Perfil%20de%20estres%20academico%20en%20alumnos.pdf

Toumbourou, J. W., Patton, G.C., Sawyer, S., Olsson, C.A., Webb-Pullman, J., Catalano, R. & Godfrey, C. (2000). *Evidence-based interventions for promoting adolescent health*. Technical Report. Centre for Adolescent Health. Australia.

Trueba Atienza, C. (2009). La teoría Aristotélica de las emociones. *Signos Filosóficos*, 11(22), 147-170.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34316032007>

Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.

Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3132556/>

Turpo Gebera, O. (2013). Perspectiva de la convergencia pedagógica y tecnológica en la modalidad blended learning. *Revista de Educación a distancia*. (39).

Recuperado de: <http://www.um.es/ead/red/39/turpo.pdf>

Uras, C., Gennaro, R., Aparo, U.L. & Tabolli, S. (2012). Risk of anxiety and depression in nursing students in Rome (Italy). *Igiene e sanità pubblica*, 68(4), 555-564.

Vahedian Azimi, A., Alhani, F., Ahmadi, F. & Kazemnejad, A. (2010). Effect of family- oriented empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter* 2(4),127-132.

Recuperado de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uho6hCHyNboJ:cdn.neoscriber.org/cdn/dl/355baf28-e709-11e6-9e28-7fe1cafb6430+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=es>

Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1373-1384.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>

Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11(2), 93-99.

Van Den Berg, A.E. & Custers, M.H. (2011). Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of health psychology*, 16(1), 3-11.

doi:10.1177/1359105310365577.

Vasilev, C. A., Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Mead, H. K. & Gatzke-Kopp, L. M. (2009). Correspondence between physiological and self-report measures of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of youth with and without psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1357–1364.

doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02172.x

Vázquez-Colunga, J.C., Pando-Moreno, M., Colunga Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M^a.L., Orozco-Solís, M.G., Ángel-González, M. & Vázquez-Juárez, C.L. (2017). Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 584-595.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017169061>

Veenhoven, R. & Hagerty, M. (2006). Rising happiness in nations 1946–2004: A reply to Easterlin. *Social indicators research*, 79(3), 421-436. Recuperado de:

<http://fabriquespinoza.fr/wp-content/uploads/2011/11/2006a-ull.pdf>

Verdugo-Lucero, J. L., Ponce de León-Pagaza, B. G., Guardado-Llamas, R. E., Meda-Lara, R. M., Uribe-Alvarado, J. I. & Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), pp. 79-91.

doi:10.11600/1692715x.1114120312

Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113. Walsh, A. (2015). The effect of social interaction on mental health nurse student learning. *Nurse Education in practice*, 15(1), 7-12.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.003>

Walsh, A. (2014). The effect of social interaction on mental health nurse student learning. *Nurse education in practice*, 15(1), 7-2.

doi:10.1016/j.nepr.2014.11.003

Walton, E., Takeuchi, D.T., Herting, J.R. & Alegría, M. (2009). Does Place of Education Matter? Contextualizing the Education and Health Status Association: Evidence from a National Study of Asian Americans. *Biodemography and Social Biology*, 55,30-51.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/19485560903054648>

Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y. & Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(5), 499–504.

doi: 10.1111/j.14401819.2010.02130.x.

Wanberg, C.R. & Banas, J.T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *The Journal of applied psychology*, 85(1), 132-42. Recuperado de:

<https://pdfs.semanticscholar.org/4c25/b84c0e84b0c6f2ea07f134f5b06ff31ffdc4.pdf>

Warbah, L., Sathiyaseelan, M., Vijayakumar, C., Russell, S. & Jacob, K.S. (2007). Psychological distress, personality, and adjustment among nursing students. *Nurse education today*, 27(6), 597-601.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17081657>

Watson, D., Clark, L.A. & Tellengen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

doi:10.1037//0022-3514.54.6.1063

Waugh, C.E., Thompson, R.J & Gotlib, I.H. (2011). Flexible Emotional Responsiveness in Trait Resilience. *Emotion*, 11(5), 1059–1067.

doi: 10.1037/a0021786.

Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*. 26(S1), 29-69.

doi:10.1093/heapro/dar075

Weinstein, N. & Ryan, R.M. (2010). When Helping Helps: Autonomous Motivation for Prosocial Behavior and Its Influence on Well-Being for the Helper and Recipient. *Journal of personality and social psychology*, 98(2), 222-244.

doi:10.1037/a0016984.

Weissberg, R.P., Barton, H.A. & Shriver, T.P. (1997). The Social-Competence Promotion Program for Young Adolescents. En G.W. Albee, y T.P.

Gullotta (Eds.), *Primary Prevention Works* (Chap. 12). London: Sage Publications.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243801.n12>

Werner, E. E. (1992). The Children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health, 13*, 262-268. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(92\)90157-7](https://doi.org/10.1016/1054-139X(92)90157-7)

Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.

doi:10.1007/s10804-009-9082-y

Whitley, R. (2008). Postmodernity and Mental Health. *Harvard Review of Psychiatry 16*(6), 352-364.

doi10.1080/10673220802564186.

Wichrowski, M., Whiteson, J., Haas, F., Mola, A. & Rey, M.J. (2005). Effects of horticultural therapy on mood and heart rate in patients participating in an inpatientcardiopulmonary rehabilitation program. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation, 25*(5), 270-274.

Recuperado de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16217230>

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S., Charney, D.S. & Mathé, A.A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience, 7*: 10.

doi:10.3389/fnbeh.2013.00010

Yahaya, A. (2009). The Relationship between Self-Concept and Communication Skills towards Academic Achievement among Secondary School Students in Johor Bahru. *International Journal of*

Psychological Studies, 1(2), 25-34.

<http://dx.doi.org/10.5539/ijps.v1n2p25>

Yamashita T. & Brown J.S. (2013). Does cohort matter in the association between education, health literacy and health in the USA? *Health Promotion International*, 32(1), 16-24.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/heapro/dat076>

Yáñez Gallardo, R., Arenas Carmona, M. & Ripoll Novales, M. (2010). *El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general*. *Liberabit*, 16(2), 193-202.

Recuperado de: <http://dev.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a09v16n2.pdf>

Yap, M.B.H., Allen, NB., Leve, C. & Katz, L.F. (2008). Maternal meta-emotion philosophy and socialization of adolescent affect: the moderating role of adolescent temperament. *Journal of family psychology*, 22(5), 688-700.

doi: 10.1037/a0013104

Yi-Frazier, JP., Fladeboe, K., Klein, V., Eaton, L., Wharton, C., McCauley, E. & Rosenberg, A.R. (2017). Promoting Resilience in Stress Management for Parents (PRISM-P): An Intervention for Caregivers of Youth With Serious Illness. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 35(3):341-351.

doi:10.1037/fsh0000281

Zarobe, L. & Bungay, H. (2017). The role of arts activities in developing resilience and mental wellbeing in children and young people a rapid review of the literature. *Perspect Public Health*.

doi:10.1177/1757913917712283.

Zelazo, Ph. & Cunningham, W. (2007). Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of*

emotion regulation (pp. 135-158). New York: Guilford Press.

Zimmerman, B.J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82-9.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>

Zhang, J.W. & Howell, R.T. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1261–1266.

Zohar, J., Juven-Wetzler, A., Myers, V. & Fostick, L. (2008). Post-traumatic stress disorder: facts and fiction. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 74-77.

doi:10.1097/YCO.0b013e3282f269ee

Zupiria Gorostidi, X., Uranga Iturrioz, M^a.J., Alberdi Erize, M.J., Barandiaran Lasa, M^a.T., Huitzi Egileor, J.X. & Sanz Cascante, X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enfermería Clínica*, 16(5), 231-237.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.021>

Anexos

Anexo 1.



Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Tarragona 2014

Dra. Carme Ferré-Grau, Sra. Nária Soares de Carvalho,
Sra. Anna Palomino-Martínez y Dra. M^a. Teresa Lluçh-Canut

Como citar este documento:

Ferré-Grau, C., Soares de Carvalho, N., Palomino-Martínez, A., Berbís-Morellò, C., Lluch-Canut, M.T. (2014). Programa de enseñanza de la Salud Mental Positiva a estudiantes de Grado de Enfermería. Tarragona: Dipòsit Digital de la Universitat Rovira i Virgili.

Disponible a: <http://>

Aquest document està subjecte a una llicència Creative Commons



Índice:

Presentación	6
Programa de Intervención	8
Sesiones teóricas	8
Sesión 1: Conceptos Relacionados con la Salud Mental	8
Sesión 2: Modelo Multifactorial de SMP: factores y elementos relacionados	8
Sesión 3: Emociones, sentimientos y salud emocional	8
Sesión 4: Resiliencia y fortalezas	8
Sesión 5: Salud mental del profesional sanitario	9
Sesión 6: Los elementos de la vida cotidiana que fomentan la SMP	9
Sesión 7: Intervenciones de SMP	
Seminarios	10
1: Contacto Inicial	10
2: Decálogo de la SMP	10
3: Cuentos con valores: Emociones, sentimientos y fortalezas	11
4: Resiliencia	12
5: Lectura crítica y debates de artículos sobre SMP	12
6: Estudio de casos/Rol playing sobre promoción y prevención de la salud mental en personas con ausencia de enfermedades psiquiátricas	13

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Fóruns	15
Actividad fórum 1	15
Actividad fórum 2	15
Actividad fórum 3	15
Actividad fórum 4	15
Actividad fórum 5	16
Actividad fórum 6	16
Actividad fórum 7	16
Cronograma	17
Instrumentos de evaluación	18
Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP) (Lluch, 1999)	18
Escala de Resiliencia CD-RISC (Serrano, 2012)	20
Anexo	21
Decálogo de Salud Mental Positiva (Lluch, 2011)	21
Bibliografía	22

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Presentación

El éxito profesional es la meta de los futuros profesionales de enfermería. Para ello es necesario tener una formación en competencias teórico-práctica en las que se integren conocimientos, habilidades y actitudes. Los estudios sobre la excelencia profesional señalan que el conocimiento teórico-práctico por sí solo no hace a un buen profesional de enfermería. Es necesario dominar competencias emocionales para que el impacto de las intervenciones de estos profesionales tenga un resultado global positivo sobre la calidad de los cuidados prestados en los diferentes ámbitos asistenciales.

Conocer y fomentar los factores de Salud Mental Positiva (SMP) ayuda a que el futuro profesional de enfermería desarrolle las capacidades necesarias para manejar tanto la parte intrapersonal (vinculada al cuidado de sí mismo) como la parte interpersonal (vinculada al cuidado de los demás). En este documento se presenta un Programa de Intervención cuyo objetivo es el de enseñar la SMP a estudiantes universitarios de grado de enfermería.

Los planteamientos conceptuales de referencia se centran en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (MMSMP) formulado por Lluch (1999), según el cual la SMP se explica a partir de 6 factores: Satisfacción Personal (F1), Actitud Prosocial (F2), Autocontrol (F3), Autonomía (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5) y Habilidades de Relación Interpersonal (F6).

El Programa de Enseñanza de la SMP que se presenta se estructura en tres tipos de metodologías didácticas diferentes y complementarias:

- Sesiones teóricas en forma de clase magistral de 1 h. de duración (presencial). El número de sesiones teóricas es de 7.
- Seminarios de 2 horas de duración (presencial). El número de seminarios impartidos es de 6. Los seminarios se basan en una dinámica participativa activa por parte de todos, estudiantes y profesoras. Tienen el objetivo de inducir al aprendizaje a través del análisis y la reflexión. El aprendizaje es continuado. Cada tema de trabajo en el seminario está relacionado con el tema expuesto en la clase magistral y se interrelaciona con los temas siguientes.
- Fóruns (no presencial). Las actividades del fórum son un total de 7, con un intervalo de 7 a 9 días para su realización. Se llevan a cabo mediante el espacio virtual Moodle. Se trabajan en grupos formados por 4 estudiantes cada grupo, seleccionados aleatoriamente. En el fórum se realizan actividades que inducen a la reflexión, trabajando los conceptos que fueron expuestos en la parte teórica y en el seminario.

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Todo el programa se imparte bajo los principios de la metodología de aprendizaje reflexivo, según el cual el aprendizaje se define de una manera constructivista, es decir, es el estudiante quien dota de significado al contenido que recibe, y en el que no sólo reflexiona sobre las experiencias o conocimientos, sino que además es capaz de reflexionar sobre diferentes alternativas, generando así un nuevo conocimiento que también será puesto a prueba a través del proceso reflexivo. En este proceso de aprendizaje cíclico, todo empieza en el estudiante en forma de indagación, una vez que recibe el nuevo contenido y retorna al propio estudiante en forma de conocimiento nuevo elaborado.

Este programa ha sido impartido durante seis años como asignatura optativa en el Grado de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y tres en el Grado de Enfermería de la Universidad de Andorra. Para evaluar su efectividad, durante el curso 2014/15 se desarrolló un diseño de investigación experimental, con mediciones pre y post programa de intervención. Los resultados de esa investigación constituyen la tesis doctoral de la Sra. Nária Soares de Carvalho (coautora del programa), y cuyos resultados serán publicados en el depósito digital de Tesis Doctorales en Red TXD.

Las herramientas utilizadas para la evaluación de la efectividad del Programa han sido dos instrumentos de medición de la SMP: el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP) de Lluch (1999) y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, adaptada al castellano por Serrano et al. (2013).

Programa de Intervención: Enseñanza de la SMP

Sesiones teóricas

Las sesiones teóricas tienen una hora de duración

Factores de SMP

F1: Satisfacción Personal; F2: Actitud Prosocial; F3: Autocontrol; F4: Autonomía; F5: Resolución de Problemas y Autoactualización; F6: Habilidades de Relación Interpersonal.

Sesión 1: Conceptos relacionados con la perspectiva de la Salud Mental

- Qué es SMP
- Salud Mental: criterios positivos y negativos
- Normalidad/anormalidad
- Conceptos relacionados: satisfacción, optimismo, felicidad

Factores de SMP que se trabajan: F5

Sesión 2: Modelo Multifactorial de SMP: factores y elementos relacionados

- Modelo Multifactorial de SMP de M^a.T. Lluch-Canut
- Cuestionario de SMP de M^a.T. Lluch-Canut
- Hechos sociales diferenciales
- Reflexión sobre la frase “yo me quiero”

Factores de SMP que se trabajan: F1, F2, F3, F4, F5, F6

Sesión 3: Emociones, sentimientos y salud mental

- Emociones / sentimientos
- Alegría y SMP
- Respuesta adaptada y no adaptada
- Conceptos relacionados con la creatividad i la inteligencia emocional
- Autorregulación emocional

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F5

Sesión 4: Resiliencia y Fortalezas Humana

- Conceptos relacionados con resiliencia
- Rol del tutor de resiliencia

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

- Fortalezas humanas de Peterson y Seligman

Factores de SMP que se trabajan: F1, F4, F5

Sesión 5: Salud mental del profesional sanitario

- Síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios
- Asertividad: concepto y técnicas
- Relación terapéutica de enfermería y emociones positivas
- Agresividad paciente / familia

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F5

Sesión 6: Los elementos de la vida cotidiana que fomentan la SMP: promoción de la salud mental en la vida cotidiana

El efecto sobre la salud Mental de:

- | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| • La alimentación | • Relatos (lectura) |
| • Relaciones interpersonales, soporte y cooperación. | • Película |
| • Autoactualización | • Nuevas tecnologías |
| • Deportes | • Dibujo y expresiones artísticas |
| • Descanso | • Humor |
| • Entorno (naturaleza, urbano) | • Animales de compañía |
| • Música | • Ocio |

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F6

Sesión 7: Intervenciones de SMP

- Programas que usan la SMP.
- Estrategias de cuidados en SMP para el paciente ingresado.
- Estrategias de cuidados en SMP para el cuidador.

Factores de SMP que se trabajan: F2, F5, F6

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Seminarios

Seminario 1: Contacto inicial

Material:

- Cartulina (cualquier color y tamaño)
- Colores de madera, rotuladores, pinturas...

Descripción:

- Toma de contacto
- Presentación dinámica del seminario
- Expresión de conocimientos previos sobre SMP
- Conocimientos de SMP aprendidos en clase teórica
- A partir de las imágenes gráficas realizadas por los estudiantes se analiza el concepto SMP.

Se trata de realizar un dibujo elaborado por los estudiantes que mejor represente gráficamente su concepto de SMP. No se trata de buscar información sobre el tema, sino de que expresen mediante el dibujo una idea o concepto que tengan sobre SMP. Una vez realizado el dibujo, se tiene que realizar una imagen y colgarla en el Moodle. Después traerla a clase.

Seminario 2: Decálogo de la SMP

Material: Decálogo de SMP (anexo)

Descripción: Técnica de aprendizaje (puzle).

Se divide a los estudiantes en grupos de tres, distribuyendo las recomendaciones del decálogo a cada grupo trabajara un ítem del decálogo. Por ejemplo, el grupo 1 tendrá las letras A, B y C, es decir, ítem 1 del decálogo, el grupo 2 tendrá las letras D, E y F, y así sucesivamente con el resto de los grupos hasta que los 10 ítems del decálogo estén distribuidos.

Una vez que estén distribuidos las recomendaciones del decálogo, cada grupo tendrá cinco minutos para argumentar por qué cada recomendación que les ha tocado del decálogo fomenta la SMP (deben describir cinco argumentos) tornándose así en expertos en esas recomendaciones.

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Una vez pasados los cinco minutos y después que se hayan elaborado las argumentaciones del grupo, una por una, se pasa a formar parte de grupos diferentes, es decir, (A1, A1 y A1) pasa a la pareja siguiente (B1 y B1) y forma un nuevo grupo (A1, B1 y C1), y así sucesivamente con los restantes grupos.

Estos nuevos grupos tendrán que explicar entre los miembros los ítems que les han tocado y los argumentos que elaboraron para justificar por qué estos ítems del decálogo fomentan la SMP. Se hace eso debido a que son nuevos miembros y cada miembro tiene argumentos de ítems diferentes que le han correspondido. Los intercambios de miembros se realizarán hasta que cada miembro de los nuevos grupos llegue a encontrarse con el grupo original. Observación: cada intercambio durará cinco minutos, tiempo suficiente para que cada una de las partes explique sus ítems y argumentos.

Al finalizar la actividad de intercambio de miembros un representante del grupo original, con base a lo que ellos oyeron, hará una pequeña valoración general del decálogo y sobre los argumentos propuestos de por qué esos ítems ayudan a fomentar la SMP.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F2, F3, F4, F5, F6

Seminario 3: Cuentos con valores: emociones, sentimientos y fortalezas

Material: Cuentos que curan. Conocernos mejor con el poder terapéutico de los cuentos: Bernardo Ortín y Trinidad Ballester (2005).

Descripción: Técnica de aprendizaje: La cantonada

Esta técnica de aprendizaje consiste en distribuir en cada rincón del aula los cuentos, siendo cada uno diferente. En cada rincón se agrupará la cantidad de hojas de cada cuento distribuidas homogéneamente. Se distribuirá a los estudiantes en grupos de cuatro. Un estudiante de cada uno de los grupos tendrá una hoja con el cuento marcado.

En relación al cuento asignado se le pedirá al grupo:

- A: Leer el texto al grupo y después explicar el cuento para el resto de la clase.
- B: Buscar los conceptos relacionados con el tema trabajado ese día en clase (las emociones y sentimientos).
- C: Relacionar estos conceptos con algún factor de SMP.
- D: Argumentar la moraleja del cuento. Es decir, qué les enseña el cuento.
- E: Relacionar el cuento con la vida diaria (laboral o personal).

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Los portavoces de los grupos, una vez realizado el ejercicio, expondrán sus actividades al resto de la clase y harán una valoración general sobre las reflexiones aportadas.

Se dedicarán diez minutos para preparar la exposición y cinco minutos para que cada grupo exponga el resultado de las actividades solicitadas.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F5, F6

Seminario 4: Resiliencia

Material: Previo al seminario se pide al estudiante que visualice una de las dos películas sugeridas

- ❖ **Manos milagrosas.** Título Original: *Gifted Hands: The Ben Carson Story*. País: EUA, Año 2009.

Síntesis: *The Ben Carson Story*. También llamada "El mundo en sus manos" protagonizada por Cuba Gooding Jr. y Kimberly Elise. Es una película basada en la historia de la vida del mundialmente conocido neurocirujano Ben Carson, de 1961 a 1987. Él es un brillante neurocirujano que, tras salvar la vida de un niño, cuenta su historia con humildad y honradez, atribuyendo el mérito de sus logros a su madre, a su hermano y a Dios.

- ❖ **La vida es bella.** Título Original: *La Vita è Bella*. País: Italia, Año 1997

Síntesis: Comedia dramática. Ganadora de tres Oscars y diversos premios cinematográficos. *La vida es bella* es una película italiana dirigida y protagonizada por Roberto Benigni y estrenada el 1997. La trama se sitúa en 1939, a punto de estallar la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Al estallar la guerra, Guido, el protagonista junto a su mujer e hijo son internados en un campo de exterminio, donde Guido hará lo imposible para hacer creer a su hijo que la terrible situación que están padeciendo es tan sólo un juego.

Descripción: Después de visionar la película elegida hay que realizar un comentario reflexivo por escrito sobre los factores relacionados con la resiliencia. Se deben subir al Moodle las respuestas a las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuántos personajes de la película podemos considerar personas resilientes?
2. ¿Qué características y atributos de la resiliencia destacarías en cada uno de los personajes?
3. ¿Qué personaje podemos considerar tutor de resiliencia y por qué?
4. Describe y comenta una de las escenas de la película donde se reflejen las variables de resiliencia ante el estrés del personaje identificado como tutor de resiliencia.

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

En el seminario se trabaja la relación entre los aspectos analizados en la película y la historia personal de cada uno de los estudiantes.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F4, F5

Seminario 5: Lectura crítica y debate de artículos sobre SMP

Material: artículos relacionados con la SMP

1. Lluch-Canut, M.T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 1: 16-22. DOI: 10.5538/23-85-703X.2015.1.16 Edición impresa: ISSN 2385-7021 Edición electrónica: ISSN 2385-703X.
2. Perea, J., Sánchez, L. & Fernández, P. (2008). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en enfermeras de salud mental de un hospital de Málaga: Resultados preliminares. *Presencia, Revista de enfermería de salud mental*, 4(7). Recuperado de http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF30enfermeras_de_salud_mental.pdf
3. Moya Nicolás, M., Larrosa Sánchez, S., López Marín, C., López Rodríguez, I., Morales Ruiz, L., & Simón Gómez, Á. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 12(31), 232-253. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300014
4. López Alonso, S. R. (2000). Implicación emocional en la práctica de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, IV (7-8), 172-180. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC_07-08_20.pdf

Descripción:

Lectura de un artículo en grupo de cuatro o cinco estudiantes, que será adjudicado previamente por la profesora a cada grupo.

- El grupo, una vez leído el artículo, realizará un resumen a través de lluvia de ideas (estrategia de aprendizaje: 10' de duración).
- Cada grupo elaborará un pequeño resumen resultado de la lluvia de ideas, comentado el artículo que les ha tocado. Se realizará un análisis reflexivo de lo aprendido que se compartirá con el resto de los grupos.

Se realizará un pequeño debate en el que se contrastaran sus reflexiones.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F6

Seminario 6: Estudio de Casos/Rol playing sobre prevención y promoción en SM en personas con ausencia de enfermedades psiquiátricas

Descripción: Tema: prevención y promoción en SM en personas con ausencia de enfermedades psiquiátricas.

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Dos casos (ambos de ficción): Un paciente ingresado en un hospital psiquiátrico y otro paciente de atención primaria en salud mental. La estrategia de aprendizaje se realiza en cinco fases.

1ª. Fase: se debe elegir entre los estudiantes los que realizarán la dramatización del caso.

Observaciones: la elección de los estudiantes es realizada por la profesora.

- a) El caso se presenta sin diálogos, solo la descripción de la historia. El estudiante tendrá que elaborar creativamente los diálogos para representar la historia. Lo harán para cada personaje que interviene en el caso propuesto.
- b) Los estudiantes elegidos tendrán diez minutos para preparar la escenificación del caso para el resto de la clase. La preparación se hará fuera del aula, para que tengan más tranquilidad.

(Mientras el grupo se prepara se realizará la siguiente fase)

2ª. Fase: hacer cuatro grupos con el resto de la clase. (10')

- a) Una vez hechos los grupos se elegirá un líder para cada grupo.
- b) Describir la tarea del líder
- c) Describir la tarea del resto del grupo

Observaciones: la elección del líder es realizada por la profesora.

3ª. Fase: se realiza la escenificación del caso por parte del grupo elegido. (10')

4ª. Fase: Cada grupo elaborará posibles intervenciones y/o estrategias para fomentar la SMP en el paciente, ingresado o no, y cuidador si es el caso; pero tendrá que tenerse en cuenta a todos los personajes implicados en el caso (enfermería) y las pautas a tener en cuenta (conocimientos adquiridos). Cada miembro del grupo debe aportar estrategias y sus observaciones (tendrán 15's para realizar la actividad).

5ª. Fase: el líder elegirá dos representantes para exponer al resto de la clase la intervención realizada por su grupo (5')

Observaciones: el líder no puede ser uno de los elegidos. La intervención propuesta por el grupo debe ser colgada en el Moodle con el nombre del grupo en la pestaña.

Factores de SMP que se trabajan: F2, F5, F6

Fóruns

Actividad Fórum 1: acceder al fórum, presentarse al grupo, comentar los motivos que le llevaron a matricularse en esta asignatura y sus expectativas.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F2, F3, F4, F5, F6

Actividad Fórum 2: cada estudiante hará un resumen sobre las actividades que realiza durante el día y cómo las afronta.; es decir, consiste en hacer un escrito sobre las actividades que realizan durante un día de sus vidas. No en el pasado, sino en el presente. La extensión máxima es de una hoja.

Observaciones: Colgar las actividades en el espacio del fórum, en el grupo al cual pertenece. Cada componente del grupo del fórum debe leer las reflexiones de sus compañeros y compartir en el fórum las observaciones y reflexiones sobre las mismas, siempre con base a fomentar la SMP y los conocimientos adquiridos en las clases teóricas y seminarios.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F2, F3, F4, F5, F6

Actividad Fórum 3: Usando el Decálogo de SMP (Lluch, 2011) como referencia, reflexionar sobre la actividad anterior del fórum, en donde se describen las actividades realizadas en un día. Con base a la descripción, y comparando con el decálogo trabajado en el seminario, se describe qué ítems están fortalecidos y cuáles deberían ser fomentados y por qué. Se cuelga en el fórum del grupo de referencia. Extensión máxima una hoja.

Cada componente del grupo del fórum debe leer las reflexiones de sus compañeros y compartir en el fórum las observaciones y reflexiones sobre las mismas, siempre con base a fomentar la SMP y los conocimientos adquiridos en las clases teóricas y seminarios.

FSM que se trabajan: F1, F2, F3, F4, F5, F6

Actividad Fórum 4: Teniendo como referencia el tema trabajado en el aula (emociones y sentimientos) y utilizando la primera actividad del fórum, reflexionar y analizar la influencia de las emociones y sentimientos en actividades de la vida diaria de cada uno. Extensión máxima una hoja.

Los estudiantes tienen que compartir sus reflexiones con los componentes del grupo. Cada componente del grupo de fórum debe leer las reflexiones de sus compañeros y compartir en el fórum las observaciones y reflexiones sobre las mismas, siempre con base a fomentar la SMP y los conocimientos adquiridos en el aula/seminario.

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F5, F6

Actividad Fórum 5: Los miembros del grupo eligen un tema de su interés a partir del cual elaboran el trabajo final de la asignatura relacionándolo con los factores de la SMP. Ejemplo: Alimentación- SMP, Música-SMP, Deporte-SMP, Animales domésticos-SMP, etc.

Nota: una vez elaborado el trabajo, además de colgarlo en el fórum, se presentará en forma oral en la última sesión de la asignatura.

Los temas presentados varían cada año de acuerdo con los intereses y motivaciones de los estudiantes.

Factores de SMP que se trabajan: F1, F4, F5

Actividad Fórum 6: Reflexionar sobre la SMP, el cuidado de enfermería y el cuidado Holístico

Observaciones: Compartir las reflexiones sobre el tema en el fórum, entre los componentes del grupo.

Cada componente del grupo del fórum debe leer las reflexiones de sus compañeros y compartir en el fórum las observaciones y reflexiones sobre las mismas, siempre con base a fomentar la SMP y los conocimientos adquiridos en clases teórica y seminarios

Factores de SMP que se trabajan: F1, F3, F4, F6

Actividad Fórum 7: Reflexionar, identificar y comentar sobre las actividades que a su parecer le ayudan a promover la SMP presentes en su vida. Hacer una reflexión sobre cómo le fue de útil; en caso de que no se haga ninguna, o se haga poco, comentar el porqué.

Deben escoger algunas de las actividades comentadas en la clase magistral o la que les apetezca, que piensen que les gustan y que fomentarían una mejor SMP, y ponerlas en práctica. En el fórum deben comentar con sus compañeros del grupo del fórum la experiencia.

Observaciones: la actividad no debe poner en riesgo la integridad física ni psicológica, ni tampoco que requiera complejidad. Cada componente del grupo del fórum debe leer las reflexiones de sus compañeros y compartir en el fórum las observaciones y reflexiones sobre las mismas, siempre con base a fomentar la SMP y los conocimientos adquiridos.

Factores de SMP que se trabajan: F2, F5, F6

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Cronograma

Contenido teórico clases	Actividad seminario	Actividad Fórum
Clase teórica 1: Conceptos relacionados con la Salud Mental.	Seminario 1 Presentación asignatura: dinámica del seminario y funcionamiento del Fórum. Auto cumplimentación del Cuestionario de SMP (medición pre)	Intervención 1 fórum. Intervención 2 fórum.
Clase teórica 2: SMP factores y elementos relacionados (MMSPM de M ^a .T. Lluch).	Seminario 2 Puzle adaptado	Intervención 3 fórum.
Clase teórica 3: Emociones, sentimientos y salud mental.	Seminario 3 <i>La cantonada (adaptado)</i>	Intervención 4 fórum.
Clase teórica 4: Resiliencia: fortalezas humanas.	Seminario 4 A partir de la visión de la película: <i>Manos milagrosas o la vida es Bella</i>	Intervención 5 fórum.
Clase teórica 5: Salud mental del profesional sanitario.	Seminario 5 Debate y análisis Lectura de artículos	Intervención 6 fórum.
Clase teórica 6: Intervención de SMP	Seminario 6 Estudios de casos Casos/ Rol Play Cuestionario de SMP (medición post)	Intervención 7 fórum.
Sesión 7: Presentación de trabajos sobre elementos de la vida cotidiana y su relación con los diferentes factores de la SMP.		

Todas las actividades están en la plataforma virtual: <https://moodle.urv.cat/>

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Instrumentos de Evaluación

Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP) (Lluch, 1999)

Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP) (Lluch, 1999)					
		Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1.	A mí, ... me 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 y monótona				
8.	A mí, ... 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				
16.	... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17.	... intento mejorar como persona				
18.	... me considero "un/a buen/a 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 mí, ... 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				

Continuación del cuestionario SMP

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

29.	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual ... me estimulan				
30.	... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/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				

Programa de Enseñanza de la Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería

Escala de Resiliencia CD-RISC (Serrano, 2012)

Para responder, marca con una "X" la opción que indique de mejor manera cómo te sientes ante las siguientes afirmaciones. No hay respuestas buenas o malas. Nos interesa tu opinión.

		En Absoluto	Rara Vez	A Veces	A Menudo	Casi Siempre
1	Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios					
2	Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente					
3	Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento a los problemas					
4	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte					
5	Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas o adversidades					
6	Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos					
7	Bajo presión me centro y pienso claramente					
8	No me desanimo fácilmente con el fracaso					
9	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida					
10	Al enfrentarme a los problemas y dificultades de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber porqué					

Anexo

Decálogo de Salud Mental Positiva (Lluch, 2011)

Decálogo de Salud Mental Positiva

El decálogo que se presenta a continuación, a modo de recomendación forma parte de lo que podríamos denominar la psicología de la vida cotidiana. Es el producto de un trabajo científico expresado aquí en términos concretos y aplicables. Cada recomendación tiene un valor por sí misma y puede ser aplicada de forma individual o en conjunto con el resto de recomendaciones. Si se consumen todas, no hay ningún peligro. Al contrario: cuantas más recomendaciones apliquemos a nuestra vida más reforzaremos nuestra Salud Mental Positiva.

- ✦ **Recomendación nº 1: Valorar positivamente las cosas buenas que tenemos en nuestra vida.**
- ✦ **Recomendación nº 2: Poner cariño a las actividades de la vida cotidiana.** La felicidad está entre nosotros escondida en el día a día. No hay que afrontar cada actividad cotidiana (coger el metro, comprar, trabajar...) como un castigo o con indiferencia. Hay que buscar los aspectos positivos de esas actividades y ponerles un estado de ánimo favorable.
- ✦ **Recomendación nº 3: No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás.** La tolerancia, la comprensión y la flexibilidad son buenos tónicos para la salud mental.
- ✦ **Recomendación nº 4: No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida;** hay que enfadarse pero no desbordarse.
- ✦ **Recomendación nº 5: Tomar conciencia de los buenos momentos que pasan en nuestra vida cuando están pasando.** Si en nuestra vida hay buenos momentos para recordar estos tienen que haber sido buenos momentos cuando los hemos vivido. Por tanto hay que disfrutar de lo bueno del presente, además de recordar lo bueno del pasado y esperar cosas buenas del futuro.
- ✦ **Recomendación nº 6: No tener miedo de llorar y sentir.** Hay que interpretar la normalidad de muchos sentimientos: si hemos tenido un desengaño es normal sentir desencanto, si hemos perdido un ser querido es normal -es saludable mentalmente sentir tristeza"... Ahora bien, si los estados emocionales son muy intensos, persistentes o incapacitantes hay que pedir ayuda profesional.
- ✦ **Recomendación nº 7: Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente.** Cada uno tiene sus propios gustos, recursos y estrategias (pasear, leer, practicar jardinería, no hacer nada, hablar con los amigos,...).
- ✦ **Recomendación nº 8: Intentar ir resolviendo los problemas que nos vayan surgiendo.** Si los problemas se acumulan, la salud mental tiembla! No todos los problemas tienen buenas soluciones pero hay que intentar siempre hacer algo para aliviarlos. Es la predisposición activa hacia la búsqueda de la solución.
- ✦ **Recomendación nº 9: Cuidar nuestras relaciones interpersonales.** Hablemos con nuestros seres queridos, visitemos a nuestros amigos, compartamos alguna tertulia con nuestros compañeros, vecinos, etc.
- ✦ **Recomendación nº 10: NO HAY QUE OLVIDARSE DE PINTAR LA VIDA CON HUMOR PARA QUE ESTA TENGA MAS COLOR.**

* Autora: Dra. M^o Teresa Lluch Canut. E-mail lluch@ub.edu

ANEXO 2.

Cuestionario Sociodemográfico

Código (poner nombre de una fruta y los 3 últimos números del móvil o fijo)_____

Edad:_____

Curso Enfermería URV: 1º 2º 3º

4º Sexo: Masc Fem

Situación laboral actual: trabaja no Trabaja

cuántas horas/día__

Trabaja en las vacaciones

¿Has atravesado alguna vivencia difícil y/o que haya marcado especialmente tu vida?

Sí No

¿Sientes que tienes apoyo en momentos de dificultades? Sí No

¿Tienes algún problema de salud física?

Sí (especificarlo:_____) No

¿Tienes algún problema de salud mental?

Sí No

Este último mes, ¿has tenido que ir al médico para algo?

No Sí (especificar: _)

¿Has ido alguna vez a visitar a un psiquiatra o psicólogo?

No Sí especificar: ____

ANEXO 3.. Cuestionario de Salud General (GHQ 12).

<p>1. ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace? 0 - Mejor que de costumbre 0 - Igual que de costumbre 1 - Menos que de costumbre 1 - Mucho menos que de costumbre</p> <p>2. ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones? 0 - No, en absoluto 0 - No más que lo usual 1 - Algo más que lo usual 1 - Mucho más que lo usual</p> <p>3. ¿Últimamente, se ha sentido usted una persona útil para los demás? 0 - Más que de costumbre 0 - Igual que de costumbre 1 - Menos útil que de costumbre 1 - Mucho menos útil</p> <p>4.- ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones? 0 - Más que lo usual 0 - Igual que lo usual 1 - Menos que lo usual 1 - Mucho menos capaz</p> <p>5. ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión? 0 - No, en absoluto 0 - No más que de costumbre 1 - Algo más que de costumbre 1 - Mucho más que de costumbre</p> <p>6. ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus problemas? 0 - No, en absoluto 0 - No más que de costumbre 1 - Algo más que de costumbre 1 - Mucho más que de costumbre</p>	<p>7. ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria? 0 - Más que de costumbre 0 - Igual que de costumbre 1 - Menos que de costumbre 1 - Mucho menos</p> <p>8. ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar los problemas? 0 - Más que lo habitual 0 - Igual que lo habitual 1 - Menos capaz que lo habitual 1 - Mucho menos capaz</p> <p>9. ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido? 0 - No, en absoluto 0 - No más que de costumbre 1 - Algo más que de costumbre 1 - Mucho más que de costumbre</p> <p>10. ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en sí mismo? 0 - No, en absoluto 0 - No más que de costumbre 1 - Algo más que de costumbre 1 - Mucho más que de costumbre</p> <p>11.- ¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada? 0 - No, en absoluto 0 - No más que lo habitual 1 - Algo más que lo habitual 1 - Mucho más que lo habitual</p> <p>12.- ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas? 0 - Más que lo habitual 0 - Igual que lo habitual 1 - Menos que lo habitual 1 - Mucho menos que lo habitual</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

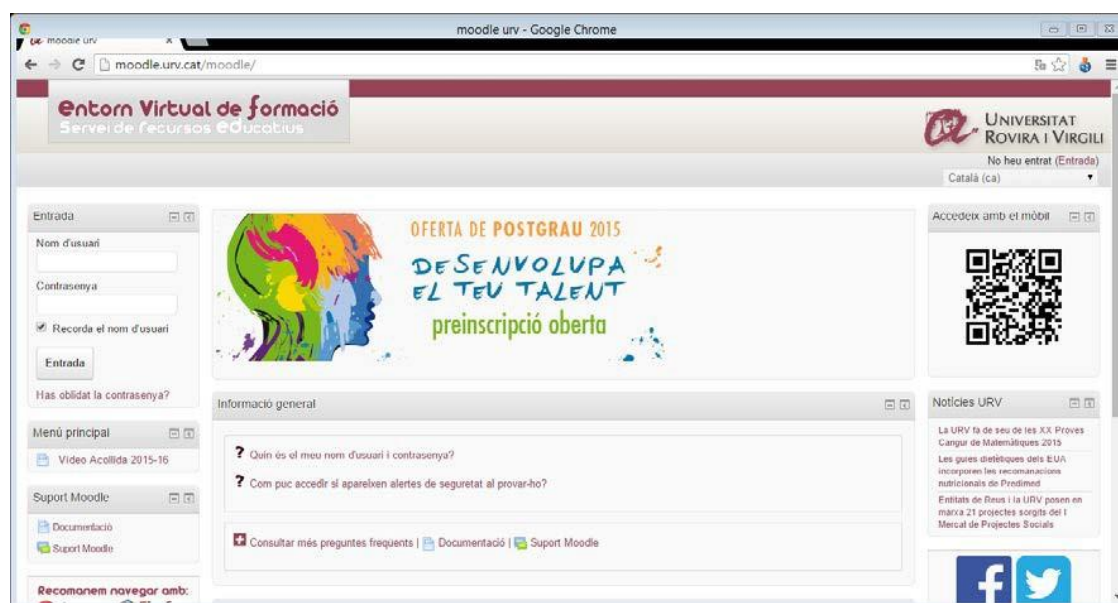
ANEXO 4. Descripción del espacio virtual Fórum Reflexivo en la plataforma Moodle.

El fórum es un espacio donde se compartirán reflexiones, conocimientos y actividades. Se trabajará la interacción social, reforzando las habilidades sociales y comunicativas. Además de potenciar la reflexión individual y en grupo, así como las actitudes de cooperación, comprensión, respeto entre los participantes. Esta actividad complementa las intervenciones que empiezan en el seminario y terminan fuera del horario de aula al colgar el resultado en él fórum. Refuerza todos los factores de SMP trabajados en las clases magistrales y seminarios

El fórum tiene una duración de nueve semanas.

Figura 8. Espacio virtual de aprendizaje de la URV moodle.

(<http://www.urv.cat/campusvitalmoodle>).



ANEXO 5. Modelo de Consentimiento informado los estudiantes.

Campus Catalunya y Baix Penedès.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO Promoción y Prevención en Salud Mental Positiva: Efectividad de un programa: Análisis Cuantitativo y Cualitativo

El propósito de este consentimiento informado es ofrecer a los participantes en esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma, así como del rol esperado de ella.

La presente investigación es conducida por Nária Soares de Carvalho, estudiante de doctorado del departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

El objetivo del estudio previo consiste en describir y analizar la percepción de la Salud Mental Positiva por los alumnos de enfermería que realizan la asignatura Salud Mental Positiva desde una visión cuantitativa y cualitativa del tema. Así como evaluar el programa de SMP. La Salud Mental Positiva es un factor de calidad asistencial, conocer la percepción que de ella tienen los futuros profesionales, así como analizar la parte fenomenológica del programa de promoción y prevención. Creemos que el resultado ayudará en el futuro elaborar tanto planes de cuidados como formativos que fomenten este factor y que ayuden a prevenir y promover la Salud Mental de los profesionales sanitarios.

El consentimiento en acceder y a participar en este estudio comporta que se autorizará el uso del material generado en las actividades de la asignatura y el resultado análisis Escalas de Salud Mental Positiva de la Dra. Lluch -Canut, y de Resiliencia (CD-RISC 10) Dra. Serrano-Parra y un cuestionario Sociodemográfico. El objetivo es poder realizar el análisis cuantitativo y cualitativo.

La colaboración en este estudio es estrictamente voluntaria. La información

que se recoja será confidencial y se utilizará exclusivamente para la investigación. Las respuestas serán codificadas con las siglas de sus nombres y apellidos y por tanto serán anónimas. En caso de plantearse alguna duda sobre esta investigación se puede preguntar acerca de cualquier extremo, igualmente puede retirarse el consentimiento en cualquier momento sin que esto perjudique en nada.

En cumplimiento del art. 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, informo que los datos personales que proporcionéis se incorporarán y se tratarán en un fichero de la URV, la finalidad del cual es la realización del estudio previo citado.

Agradeciendo de antemano vuestra

colaboración. nariasoares@hotmail.com

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informado/a oralmente y por escrito de su contenido.

Nombre y firma del participante

Fecha:

Campus Tortosa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO Promoción y Prevención en Salud Mental Positiva: Efectividad de un programa: Análisis Cuantitativo y Cualitativa.

El propósito de este consentimiento informado es ofrecer a los participantes en esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma así como del rol esperado de ella.

La presente investigación es conducida por Nária Soares de Carvalho, estudiante de doctorado del departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

El objetivo del estudio previo consiste en describir y analizar la percepción de la Salud Mental Positiva por los alumnos de enfermería que realizan la asignatura Salud Mental Positiva desde una visión cuantitativa y cualitativa del tema. Así como evaluar el programa de SMP. La Salud Mental Positiva es un factor de calidad asistencial, conocer la percepción que de ella tienen los futuros profesionales ayudará en el futuro elaborar tanto planes de cuidados como formativos que fomenten este factor y que ayuden a prevenir y promover la Salud Mental de los profesionales sanitarios.

El consentimiento en acceder a participar en este estudio comporta que se autorizará el uso del material generado del resultado análisis Escala de Salud Mental Positiva de la Dra. Lluch-Canut, y de Resiliencia (CD-RISC 10) Dra. Serrano-Parra y un cuestionario Sociodemografico. El objetivo es poder realizar el análisis cuantitativo.

La colaboración en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y se utilizará exclusivamente para la investigación. Las respuestas serán codificadas con las siglas de sus nombres y apellidos y por tanto serán anónimas. En caso de plantearse alguna duda sobre esta investigación, se puede preguntar acerca de cualquier

extremo, igualmente puede retirarse el consentimiento en cualquier momento sin que esto perjudique en nada.

En cumplimiento del art. 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, informo que los datos personales que proporcionéis se incorporarán y se tratarán en un fichero de la URV, la finalidad del cual es la realización del estudio previo citado.

Agradeciendo de antemano vuestra

colaboración. nariasoares@hotmail.com

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informado/a oralmente y por escrito de su contenido.

Nombre y firma del participante

Fecha:

Anexo 6. Autorizaciones y permisos.

Autorización Decana Escuela de enfermería URV.



Roser Ricomà Muntané, degana de la Facultat d'Infermeria de la URV,

Autoritzo la Sra. Naria Soares a administrar un qüestionari social i demogràfic i unes escales de salut mental positiva als alumnes d'Infermeria dins el treball de camp del doctorat en Infermeria "Docència en Salut Mental Positiva: Anàlisi d'una intervenció.

Tarragona, 26 de febrer de 2015

A handwritten signature in blue ink that reads 'Roser Ricomà Muntané'.



Roser Ricomà Muntané

Autorización de uso de la Escala CD-Risc 10, Dra. Serrano-Parra.



Facultad de Enfermería

PERMISO DE UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE RESILIENCIA CD-RISC 10 ÍTEMS VALIDADA AL ESPAÑOL POR SERRANO-PARRA ET. AL. (2013)

En calidad de autora de la escala de Resiliencia CD-RISC 10 ÍTEMS, VALIDADA AL ESPAÑOL (Serrano-Parra et.al. (2013), manifiesto que he sido informada del uso de la escala CD-RISC 10 ítems en un estudio titulado "Efectividad de un Programa de Prevención en Salud Mental Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería: Análisis Cuantitativo y Cualitativo" realizado por la Sra. Nária Soares de Carvalho, Doctoranda en Ciencia de la Enfermería, Docente e Investigadora en el Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili; y doy mi aprobación para el uso de la escala de Resiliencia CD-RISC 10 ÍTEMS en el marco del citado estudio.

Atentamente,

Dra. M^a Dolores Serrano Parra
Profesora Titular de la UCLM
Facultad de Enfermería
Cuenca (España), 18 de julio de 2017

FACULTAD DE ENFERMERÍA, Calle Santa Teresa Jornet s/n
Edificio Melchor Cano, Campus Universitario 16071, Teléfono: 969 179100, Ext: 4650 Cuenca
Dolores.serrano@uclm.es

ID. DOCUMENTO	IUSJqZ0u9d	Página: 1 / 1	
FIRMADO POR		FECHA FIRMA	ID. FIRMA
04532488Q SERRANO PARRA MARIA DOLORES		20-07-2017 09:49:46	1500536983928
 IUSJqZ0u9d			

Calle Altagracia numero 50 Ciudad Real - Ciudad Real - 13071, Tlno.: 902204100 Fax.: 902204130 - <https://www.sede.uclm.es> - e-mail: administracion.electronica@uclm.es
Documento firmado digitalmente. Para verificar la validez de la firma acceda a <https://www.sede.uclm.es/verificadorFirmas/uclm>

Autorización de uso de la Escala Salud Mental Positiva, Dra. LLuch- Canut.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Maria Teresa Lluch Canut
Catedrática d'Escola Universitària

Escola d'Infermeria
Universitat de Barcelona

Feixa Llarga, s/n
08870-Hospitalet de Llobregat
(Barcelona)

Tel. +34 934 024237
Fax +34 934024297
tlluch@ub.edu

PERMISO DE UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA-

CSMP (Lluch, 1999)

En calidad de autora del Cuestionario de Salud Mental Positiva-CSMP (Lluch, 1999) manifiesto que he sido informada del uso del cuestionario CSM+ en un estudio de tesis doctoral titulado "*Efectividad de un programa de Promoción y Prevención en Salud Mental Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería*", que va a ser realizado por la Sra. Nária Soares de Carvalho, estudiante de doctorado de la Facultat d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona).

Autorizo el uso del Cuestionario de Salud Mental Positiva-CSMP(Lluch, 1999) para el citado estudio.

Atentamente,

Profesora Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Universidad de Barcelona

DNI: 36965495X

Barcelona, 14 de marzo de 2014.

Autorización uso del decálogo de Salud Mental Positiva Dra. Teresa Lluch-Canut



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Maria Teresa Lluch Canut
Catedràtica d'Escola Universitària

Escola d'Infermeria
Universitat de Barcelona

Feixa Llarga, s/n
08870-Hospitalet de Llobregat
(Barcelona)

Tel. +34 934 024237
Fax +34 934024297
tluch@ub.edu

PERMISO DE UTILIZACIÓN DEL DECALOGO DE SALUD MENTAL POSITIVA-

(Lluch, 2011)

En calidad de autora del Decálogo de Salud Mental Positiva (Lluch, 2011) manifiesto que he sido informada del uso del mismo en un estudio de tesis doctoral titulado "*Efectividad de un programa de Promoción y Prevención en Salud Mental Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería*", que va a ser realizado por la Sra. Nária Soares de Carvalho, estudiante de doctorado de la Facultat d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona).

Autorizo el uso del Decálogo Salud Mental Positiva (Lluch, 2011) para el citado estudio.

Atentamente,

Profesora Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Universidad de Barcelona

DNI: 36965495X

Barcelona, 14 de marzo de 2014.

Anexo 7. Financiación y difusión de la investigación.

Artículos:

*Roldán-Merino, Lluch-Canut, Casas, Sanromà-Ortíz, Ferré-Grau, Sequeira, Falcó-Pegueroles, Soares y Puig-Llobet. 2017. Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 24(2-3):123-133. doi: 10.1111/jpm.12358.

*Soares de Carvalho N., Ferré-Grau C., Lluch-Canut M.T, Serrano-Parra D., Albarca N. y Palomino A. 2016. Trabalhar as emo es mediante b-learning nos futuros profissionais de enfermagem: Uma experi ncia diferente de promo o da saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.spe3 Porto*. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0117>

*Soares de Carvalho N., Ferré i Grau C. y Lluch-Canut M.T. 2013. Estudio exploratorio: identificación de elementos relacionados con los factores de Salud Mental Positiva en la transición del proceso de inmigración." *Revista paraninfo digital: Monográfico de investigación en salud: I SSN: 1988-3439- A O VII-N19-*

Disponible. <http://www.index-f.com/para/n19/158d.php>

*Soares N., Ferré-Grau C. y Lluch-Canut MT. 2014. El cuidado en Salud Mental desde la normalidad: un cuidado invisible. *Revista Paraninfo digital*, 21. Disponible: <http://www.index-f.com/para/n21/070.php>

Publicación digital:

*Publicación también en formato E-book do V Congresso Internacional d' ASPESM. Soares de Carvalho N., Ferré-Grau C., Lluch-Canut M.T, Serrano-Parra D., Albarca N. y Palomino A. 2016. Trabalhar as emo es mediante b-learning nos futuros profissionais de enfermagem: Uma experi ncia diferente de promo o da saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.spe3 Porto.

Disponible: https://issuu.com/spesm/docs/revista_especial_3_final

*Programa específico de promoción titulado: Programa de Enseñanza de Salud Mental Positiva dirigido a estudiantes de Grado de Enfermería (Ferré-Grau, Soares de Carvalho, N., Palomino- Martinez y Lluch-Canut, 2014).

Se puede consultar la versión complete del programa en depósito digital URV.

<http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/DD%3A13>

Capítulo de libro:

*Libro: Investigación en Enfermería: Teoría y práctica.

Capitulo: Comunicaciones científicas de resultados. Ed. Publicaciones URV.2015.(Carme Ferré- Grau y Nária Soares de Carvalho).

Soares de Carvalho N., Ferré- Grau C. y Lluch-Canut MT.2015. Trabajar las emociones mediante b-Learning en los futuros profesionales de enfermería, una experiencia diferente. Libro Docencia virtual y experiencias de innovación docente: entornos b- learning y e-learning. Editorial URV/ HYGENS.(21)

Comunicaciones en congresos:

*Investigación en cuidados e historia (VII Reunión internacional Forandalus de investigación en Enfermería y IIª Reunión del grupo de investigación Aurora Mas:

Cuidados Invisibles y Calidad de vida). Universidad de Zaragoza. 2014. El cuidado en Salud Mental desde la normalidad: un cuidado invisible.

**II Jornada sobre Docència Virtual i Experiències d'Innovació Docent. 2015. Entorns b-learning i e-learning.* Trabajar las emociones mediante b-Learning en los futuros profesionales de enfermería, una experiencia diferente.

Pósteres:

*Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental XXXI. 2014.

El cuidado en Salud Mental desde la normalidad: un cuidado invisible”.

*Póster Congreso, VI Congreso Internacional ASPEN (Portugal). 2015.

Trabalha as emo es mediante b-Learning nos futuros profissionais de enfermagem, uma experi ncia diferente.

Financiación y proyectos:

2014-Investigadora en formación del Grupo Internacional de Investigadores en Cuidados de Enfermería en Salud Mental: GIICESAME. Investigadora en formación.

2015-Colaboración con la Coordinación del proyecto de innovación docente: B-Learning docencia en salud mental positiva: metodología reflexiva, uso de las Tics y seminario colaborativo. Código:B04/15

(Dra. Carmen Ferré-Grau, Sra. Nária Soares de Carvalho, Dra.Teresa Lluch-Canut y Sra.Ana Palomino-Martínez)

Beca doctoral-docencia e investigación Martí Franquès 2012-2014

