

## Salud Mental en Estudiantes de Lenguas

**Brenda Paola Mayo Toto<sup>1</sup>**

[brendapaolamayototo@gmail.com](mailto:brendapaolamayototo@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-0787-4301>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
Villahermosa – México

**Eleazar Morales Vázquez**

[eleazarmove@gmail.com](mailto:eleazarmove@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-1596-5043>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
Villahermosa – México

**Mario Rubén Ruiz Cornelio**

[mario.ruiz@ujat.mx](mailto:mario.ruiz@ujat.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-8623-354X>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
Villahermosa – México

### RESUMEN

La salud mental se ha convertido en un tema de relevancia no solamente clínica, sino social. Esto implica que dentro de los diversos sistemas sociales que permiten el funcionamiento del mundo como lo conocemos se le ha otorgado también una mayor importancia y con ello las investigaciones sobre el tema han aumentado considerablemente. En este artículo se presentan los resultados de un inventario de síntomas de afecciones mentales aplicado a estudiantes de la Licenciatura en Idiomas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Los resultados indican que los aprendices de lenguas no se encuentran en un estado óptimo de disposición para aprender, ya que mostraron altos índices de ansiedad y depresión.

**Palabras clave:** ansiedad; aprendizaje significativo; depresión; factores afectivos

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [brendapaolamayototo@gmail.com](mailto:brendapaolamayototo@gmail.com)

## **Mental Health in Languages Students**

### **ABSTRACT**

Mental health has become an issue of not only clinical, but also social relevance. This implies that within the various social systems that allow the world to function as we know it, it has also been given greater importance and with this, research on the topic has increased considerably. This article presents the results of an inventory of symptoms of mental conditions applied to students of the Bachelor's Degree in Languages at the Juárez Autonomous University of Tabasco. The results indicate that language learners are not in an optimal state of readiness to learn, since they showed high rates of anxiety and depression.

**Keywords:** anxiety; significant learning; depression; affective factors

*Artículo recibido 20 septiembre 2023  
Aceptado para publicación: 28 octubre 2023*

## INTRODUCCIÓN

La salud mental en el ámbito de la enseñanza es un tema de gran relevancia en la sociedad contemporánea. Los factores afectivos desempeñan un papel fundamental en la vida de los estudiantes y educadores, y su influencia en el entorno educativo es innegable. En este texto, exploraremos la interacción entre los factores afectivos y la salud mental en la enseñanza-aprendizaje, en este caso de estudiantes de la Licenciatura en Idiomas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Para ello, se realizó una revisión de literatura en torno al tema y se aplicó posteriormente un inventario de síntomas para determinar las afecciones mentales más sobresalientes entre los aprendices de idiomas.

Al hablar de salud mental no se debe asumir que se trata solamente de la ausencia de problemas mentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la salud mental se define como un estado de bienestar en el que cada persona puede desarrollar su máximo potencial, hacer frente a las tensiones de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, así como contribuir positivamente a su comunidad.

Sigmund Freud (2011), fundador del psicoanálisis, desarrolló varias teorías que influyeron significativamente en nuestra comprensión de la salud mental y la psicopatología. Su enfoque psicoanalítico proporciona una perspectiva única sobre cómo se desarrolla y se mantiene la salud mental. En su teoría habla sobre tres aspectos importantes:

1. Estructura de la Mente; Freud dividió la mente en tres partes: el consciente, el preconscious y el inconsciente. Creía que gran parte de nuestra vida mental ocurre en el nivel inconsciente, donde residen pensamientos, deseos y emociones reprimidas.
2. Conflictos Psicológicos; los trastornos mentales y el malestar emocional son el resultado de conflictos psicológicos internos. Estos conflictos, a menudo, involucran deseos y motivaciones inconscientes en conflicto con las normas y valores sociales.
3. Mecanismos de Defensa; Freud desarrolló la idea de que las personas emplean mecanismos de defensa para protegerse del malestar emocional. Estos mecanismos como la represión, la negación y la proyección pueden ayudar a mantener la estabilidad psicológica, pero también pueden dar lugar a problemas si se usan en exceso.

Por otro lado, de acuerdo con Colussi (2014), el término "resiliencia", cada vez más relevante en el campo de la salud mental, hizo su debut en la psicología en 1942 con los escritos de Bárbara Scoville. A partir de la década de 1970, ganó mayor reconocimiento y difusión. Pero, fue en los años 90 cuando comenzó a ser adoptado en Latinoamérica. La teoría de la resiliencia es un enfoque psicológico que se centra en la capacidad de las personas para superar adversidades, recuperarse de situaciones de estrés o trauma, y desarrollar adaptabilidad y fortaleza emocional. Un concepto clave de la resiliencia son los factores protectores que igual son mencionados por Freud. En la resiliencia, los factores protectores que pueden promoverla son la autoestima, la capacidad de establecer metas, la toma efectiva de decisiones y la autoeficacia.

Ahora, los factores afectivos se han abordado en múltiples investigaciones dentro del campo educativo. Estos se refieren a todo lo relacionado con las emociones y los sentimientos de una persona. Estos factores pueden influir en una amplia variedad de aspectos de la vida, incluyendo el comportamiento, las relaciones, la toma de decisiones y la salud mental.

En primer lugar, es importante destacar cómo las emociones de los estudiantes pueden influir de manera positiva y negativa en su salud mental. Por ejemplo, en la investigación de Ramón et al. (2020) encontraron una considerable prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios, resultado de presiones académicas y sociales como la situación de vivienda, entrega de resultados académicos, etc. En contraste, los sentimientos de competencia, autoestima y pertenencia también juegan un papel importante en la construcción de una salud mental positiva, tal como lo mencionan Ryan y Deci (2000) en su teoría de la autodeterminación, en donde mencionan que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas influye en el bienestar y la autorregulación de las personas.

Por otro lado, los profesores también enfrentan desafíos en su salud mental. Hargreaves (1998), en su investigación sobre la práctica emocional de la enseñanza, menciona que los maestros sienten presión por cumplir con los objetivos educativos, así como estrés y agotamiento al interactuar con estudiantes y padres. Hargreaves (1998) también menciona que la enseñanza es inherentemente una actividad emocional y argumenta que comprender y gestionar estas emociones es esencial para el éxito y la satisfacción en la profesión docente.

Así, la relación entre los factores afectivos y la salud mental es bidireccional entre alumnos y docentes, ya que la salud mental de los educadores puede afectar directamente la experiencia de aprendizaje de los estudiantes. Diversos autores como Díaz (1999); Jennings y Greenberg (2009) mencionan que los profesores que están emocionalmente agotados o insatisfechos pueden tener dificultades para brindar un ambiente de apoyo y motivación en el aula, lo que puede impactar negativamente en el rendimiento y el bienestar de los estudiantes.

Por lo tanto, los estudios sobre los factores afectivos en la enseñanza abordan cómo las emociones, la motivación y los estados emocionales de los estudiantes pueden influir en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Aunque no hay una teoría única que abarque todos los aspectos de esta área, varios investigadores han contribuido a su comprensión. Uno de los autores destacados en este campo es Ausubel (1976), conocido por su teoría del aprendizaje significativo. Ausubel (1976) destacó la importancia de relacionar nuevos conocimientos con el conocimiento previo del estudiante y cómo las emociones y la motivación pueden afectar la disposición de un estudiante para aprender de manera significativa.

Es importante mencionar que, si bien Ausubel (1976) no se centró específicamente en los aspectos afectivos de la enseñanza, su trabajo enfatiza la importancia de crear un ambiente de aprendizaje en el que los estudiantes se sientan motivados y emocionalmente comprometidos para facilitar un aprendizaje significativo.

Además de Ausubel, otros investigadores en el campo de la psicología educativa han abordado la importancia de los factores afectivos en la enseñanza y el aprendizaje, incluidos autores como Howard Gardner (1995), Daniel Goleman (2010) y Martín Seligman (2000), quienes han explorado temas relacionados con la inteligencia emocional, la motivación y el bienestar en el contexto educativo.

Ahora bien, al respecto de las afecciones mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales IV (DSM-IV) conceptualiza el término *trastorno mental* como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad, y aclara que el adjetivo *mental* no alude necesariamente a que tales efectos sean puramente mentales

sino también físicos. Este patrón comportamental no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, muerte de un ser querido), y cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica (APA, 1994).

Por otra parte, el término *afecto*, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V) define un patrón de comportamientos observables, que es la expresión de sentimientos experimentados subjetivamente, es decir, la emoción. Por ejemplo, la tristeza, la alegría y la cólera son ejemplos de afecto. Así, el *afecto* se refiere a cambios fluctuantes en el tiempo emocional. El afecto se diferencia del estado de ánimo en que este último es una emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo, y se refiere a un *clima* emocional persistente y sostenido, en tanto el afecto se refiere a cambios más fluctuantes en el *tiempo* emocional. De esta manera, la *afectividad negativa* corresponde a experiencias frecuentes e intensas de alto grado de una amplia gama de emociones negativas, como la ansiedad, la depresión, la culpa/ vergüenza, la preocupación y el enojo, así como sus manifestaciones de comportamiento, como la autolesión, o manifestaciones interpersonales, como la dependencia (APA, 2013).

Seguidamente, la *afectividad negativa* se considera por el DSM-V como uno de los dominios de rasgos patológicos de la personalidad que, de una manera inherente, se asocian a los trastornos de personalidad. Añadido a esto, en este campo se pueden encontrar especificidades en cuanto a los términos utilizados, ya que al hablar de trastornos mentales se hace una distinción entre enfermedad y *afección*, pues la primera puede tomarse como la anomalía médica basada en una patología, por los signos y los síntomas, mientras que la segunda se refiere a las experiencias de dolor subjetiva y de invalidez. Es decir, las afecciones son entonces las manifestaciones o el comportamiento de tal trastorno mental, las cuales son mayormente el objeto de estudio clínico y tratamiento (APA, 2013).

Partiendo de esta misma fuente de conceptualización, se encuentran términos específicos que describen las consecuencias de un trastorno físico o mental; 1) deficiencia: una alteración patológica; 2) discapacidad; limitación persistente y estable de una función física o psicológica, resultado de una deficiencia y de la reacción psicológica del individuo al afrontar esta limitación y; 3) hándicap: una

disfunción social duradera, resultado de la discapacidad para hacer frente a las demandas individuales y sociales (Raheb, 2008).

Además, dentro del DSM-IV y DSM-V se pueden hallar también como objeto de atención clínica problemas adicionales no necesariamente efectos de una enfermedad sino de circunstancias como duelo, comportamiento antisocial e incluso problemas de índole académico, laboral, de identidad, entre otros, lo que demuestra el requerimiento de atención profesional cuando se habla de afecciones incluso en sus niveles de gravedad no originalmente patológicos (APA, 1994; APA, 2013).

Por consiguiente, es indiscutible que las dinámicas del proceso de aprendizaje en estudiantes con afecciones mentales en un grado incluso incapacitante tienen efectos especialmente sensibles, y que hay un desconocimiento profundo sobre el sector con discapacidad mental y su derecho a la accesibilidad, empezando por la educación en todos los niveles, campo en el que este desconocimiento se encuentra, sobre todo en la universidad, desde no saber si los estudiantes padecen alguna discapacidad mental no perceptible (puesto que no se lleva un control estadístico y usualmente se sabe por autorevelación de los mismos hacia sus compañeros y profesores) hasta no tener siquiera un estimado de cómo es el rendimiento, desempeño y aprendizaje de los mismos, e incluso si superan con éxito este nivel educativo; por lo que los profesores podrían encontrarse tanto estudiantes con patologías preexistentes como estudiantes cuyo desarrollo de un trastorno se dé precisamente en torno a la adaptación a la universidad aunado a múltiples factores particulares ya sea de protección: apoyo y refuerzo por parte de quienes rodean al estudiante, o desencadenantes: estresores relacionados con las demandas académicas, presión social, economía, contexto de aprendizaje, entre otros, siendo estos los mayores precursores de depresión, ansiedad, ideación suicida, trastornos de personalidad o del espectro esquizotípico, retraimiento social, baja autoestima, problemas de relación interpersonal, problemas sexuales, problemas de la conducta alimentaria, adicciones y fobias (Guash y Hernández, 2013).

Por último, no debemos olvidar la reciente pandemia por el Covid-19, de la cual el mundo apenas se está recuperando. Varios autores como Vásquez et al. (2021) encontraron que la pandemia no solamente tuvo impacto en la salud mental y física de los universitarios, sino que también ha tenido un efecto significativo en la reducción del rendimiento académico, lo que ha aumentado la ansiedad entre los estudiantes en relación con las alteraciones psicológicas que influyen en su bajo desempeño académico.

## **METODOLOGÍA**

La población determinada para este estudio consistió en estudiantes de la Licenciatura en Idiomas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco que se encontraran cursando el último semestre de su carrera para descartar afecciones producidas por un trastorno adaptativo ocasionado por el ingreso al nivel superior, como suele suceder con estudiantes de semestres inferiores. Se obtuvo la participación de 20 alumnos, siendo un 50% hombres y un 50% mujeres.

Dado que se empleó un enfoque cuantitativo, se aplicó una adaptación en español, y ajustada a la población objetiva, de un autoinforme de evaluación: Inventario de Síntomas Derogatis, Revisado (SCL-90-R-) (Derogatis, 1975; Derogatis, 1977; Derogatis, 1994), sobre el grado de malestar psicológico que experimenta una persona mediante 90 ítems cuya representación equivale cada uno a un síntoma psiquiátrico de gravedad distinta y que comprenden en total una aglomeración de 9 dimensiones primarias de síntomas psicopatológicos, y una adicional de importancia clínica, esto con el fin de identificar sintomatología de ciertas afecciones mentales presente en los estudiantes de Licenciatura en Idiomas, así como el estado de afectación de la misma, puesto que cada ítem se puntualiza con una escala de tipo Likert sobre cinco grados: NADA, MUY POCO, POCO, BASTANTE, MUCHO, donde el valor máximo está representado por MUCHO y el valor nulo representado por NADA.

Los resultados se organizan mediante las dimensiones ya aludidas, así como a través de tres índices globales de psicopatología. Dicho autoinforme es aplicable a personas con rango de edad de entre 13 y 65 años tanto en estudios clínicos como en una población genérica y puede ser respondido en circunstancias normales en un tiempo de 15 minutos. Así también, apunta a ser asimilado tomando en cuenta los últimos 7 días incluyendo el alusivo a su administración. Cabe destacar que para la elaboración de este cuestionario los autores partieron de una base científica importante como lo es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Para su elaboración se utilizó parte del DSM-III y DSM-IV, siendo este último una de las guías de información teórica del presente estudio.

Las dimensiones son las siguientes: 1) Somatizaciones (SOM): malestares relacionados con disfunciones corporales que pueden ser cardiovasculares, gastrointestinales o respiratorios; 2)



Obsesiones y compulsiones (OBS): síntomas de la afección clínica referida como pensamientos, acciones o impulsos que son indeseados o imposibles de evitar; 3) Sensitividad interpersonal (SIN): sentimientos de inferioridad e inadecuación particularmente en comparación con otros; 4) Depresión (DEP): manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo como disforia, falta de motivación, desesperanza, poca energía vital e ideaciones suicidas; 5) Ansiedad (ANS): signos generales de ansiedad como ataques de pánico, nerviosismo, tensión o miedos; 6) Hostilidad (HOS): particularidades como pensamientos, acciones o sentimientos presentes de afectos negativos de enojo; 7) Ansiedad fóbica (FOB): respuesta persistente de miedo irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca, las cuales pueden ser personas, lugares, situaciones u objetos; 8) Ideación paranoide (PAR): comportamientos paranoides relacionados con desórdenes del pensamiento como temor, suspicacia, pensamiento proyectivo y miedo a la pérdida de autonomía; 9) Psicotismo (PSIC): representaciones del constructo de la dimensión continua de la experiencia humana que incluyen síntomas como soledad, pensamiento esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento; así como una adicional (AD) relacionada con factores axiomáticos dentro de las psicopatologías: apetito, sueño, sentimiento de culpa y pensamiento en la muerte. Los índices son; a) Índice de Severidad Global (ISG): indica el nivel de severidad del malestar mediante la combinación del número de síntomas presentes con la intensidad del malestar percibido; b) Total de Síntomas Positivos (TSP): se estima contando el número de ítems cuyas respuestas no son equivalentes a 0; c) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): evalúa el estilo de respuesta identificando si la persona tiende a minimizar o exagerar sus respuestas, puntuaciones extremas en ambos sentidos sugieren una tendencia a aparentar un mejor estado que el verdadero.

El procedimiento de análisis de resultados de la primera parte del estudio correspondió a un método estadístico establecido originalmente para el entendimiento de los datos recabados mediante el SCL-90-R-, y cuya interpretación se realizó con el software SPSS. Inicialmente, se asignaron los valores definidos a cada punto de la escala Likert inherente al autoinforme, siendo la equivalencia de NADA-0, MUY POCO-1, POCO-2, BASTANTE-3 y MUCHO-4. Para cada dimensión psicopatológica abarcada dentro del autoinforme se realizó la valoración de su puntaje específico a través de la suma de los valores obtenidos en los ítems correspondientes con dicha dimensión. Seguidamente, se calculó el

total y después el promedio alcanzado en la dimensión en cuestión, y solamente el total de los ítems adicionales sin realizar su promedio. Particularmente, para calcular el ISG se realizó la sumatoria los valores totales, no promediados, de cada dimensión del autoinforme y se dividió el total por la cantidad de estos (90). Igualmente, se obtuvo el TSP mediante la suma total de ítems no nulos (valor mayor a 0). A continuación, se calculó el IMSP a través de la sumatoria de todos los valores por ítem dividida entre el TSP. Finalmente, se realizó la suma de los promedios obtenidos en las dimensiones más el total de los valores correspondientes con los ítems adicionales y aquellos conseguidos mediante el cálculo de los índices globales a fin de transformarlos en un puntaje T normalizado. Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se tomaron como elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indicó una persona en riesgo. Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en hombres y 13 en mujeres pudieron indicar tendencia a mostrarse exageradamente libre de síntomas. Valores brutos de TSP superiores a 71 en hombres y 75 en mujeres libres de patologías pudieron indicar malestar exagerado o dramatización. Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse demasiado bien o mal. Un IMSP menor a 1 (bruto) con un TSP muy bajo (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres) en general indicaría tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos. Los IMSP de personas libres de patología mayores a 3.20 sugerirían dramatismo, mayores a 3.50 extremo dramatismo.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La asimilación de los datos se llevó a cabo conforme al procedimiento ya establecido del autoinforme, dadas especificaciones tanto en los cálculos de los puntajes para mujeres como para hombres. De esta manera, en la Tabla 1 y en la Tabla 2 se pueden identificar las puntuaciones directas generales (PDG) y puntajes específicos por dimensión, los puntajes T normalizados y los valores estadísticos de los índices de cada sujeto: Índice de Severidad Global (ISG), Total de Síntomas Positivos (TSP) e Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP). Y la Tabla 3 compara los promedios por dimensiones primarias e índices y valores de dispersión obtenidos entre hombres y mujeres.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de puntuaciones directas generales (PDG) y puntajes por dimensión, puntajes T y valores por índice en el SCL-90-R de Sujetos Femeninos

<b>Sujetos Femeninos</b>										
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>PDG</b>	106	108	118	160	215	235	249	259	265	314
<b>SOM</b>	25	11	10	12	29	26	27	40	36	39
<b>OBS</b>	13	23	28	26	32	31	37	30	32	36
<b>SIN</b>	5	11	14	15	11	24	24	26	22	33
<b>DEP</b>	23	22	27	34	43	42	44	40	44	47
<b>ANS</b>	9	15	13	20	32	29	31	30	35	35
<b>HOS</b>	2	4	6	7	8	16	16	10	19	24
<b>FOB</b>	7	1	1	3	9	4	8	18	9	18
<b>PAR</b>	1	2	7	13	7	16	18	16	18	24
<b>PSIC</b>	7	6	3	14	23	22	20	24	24	32
<b>AD</b>	10	12	9	14	17	23	20	22	7	22
<b>T</b>	61.7	62	63.1	67.7	73.8	76.1	77.6	78.7	79.4	84.8
<b>ISG</b>	1.1	1.2	1.3	1.7	2.3	2.6	2.7	2.8	2.9	3.4
<b>TSP</b>	46	57	51	62	74	72	73	86	80	88
<b>IMSP</b>	2.3	1.8	2.3	2.5	2.9	3.2	3.4	3	3.3	3.5

Nota. Elaboración propia.

Así, se puede destacar que, siendo el valor normalizado 63 el índice de riesgo de malestar general, el 80 % de la población femenina, equivalente al 40% de la muestra total, presenta una puntuación elevada alcanzando una de las participantes una puntuación mayor a 80, con 21.8 puntos por encima del puntaje de alarma. Añadido a lo anterior, el 20% restante realmente no presenta una considerable distancia entre el puntaje obtenido y el índice de riesgo, por lo que, en general, el 100% de la muestra femenina puntualiza un riesgo con un índice de Severidad Global de 2.25.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de puntuaciones directas generales (PDG) y puntajes por dimensión, puntajes T y valores por índice en el SCL-90-R de Sujetos Masculinos

<b>Sujetos Masculinos</b>										
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>PDG</b>	43	125	128	138	155	159	189	189	212	250
<b>SOM</b>	9	18	13	13	23	17	47	34	27	17
<b>OBS</b>	6	24	22	22	22	24	28	31	36	37
<b>SIN</b>	4	9	14	12	18	17	8	12	21	22
<b>DEP</b>	7	26	21	27	27	23	25	46	37	42
<b>ANS</b>	1	17	20	16	14	24	19	21	26	29
<b>HOS</b>	1	5	1	9	12	4	5	4	8	14
<b>FOB</b>	3	6	3	2	8	8	9	4	7	10
<b>PAR</b>	2	3	8	9	7	10	9	1	15	19
<b>PSIC</b>	2	9	15	12	8	16	18	17	22	34
<b>AD</b>	8	6	9	13	14	12	17	16	12	22
<b>T</b>	54.7	63.8	64.2	65.3	67.2	67.6	71	71	73.5	77.7
<b>ISG</b>	0.4	1.3	1.4	1.5	1.7	1.7	2.1	2.1	2.3	2.7
<b>TSP</b>	31	77	67	70	71	73	57	70	82	82
<b>IMSP</b>	1.3	1.6	1.9	1.9	2.1	2.1	3.3	1.7	2.5	3

Nota. Elaboración propia.

La población masculina presenta un mayor porcentaje de puntajes T superiores al índice de riesgo (63), con un 90% del total en su género, equivalente a un 45% del total de participantes; sin embargo, la diferencia por encima del índice de alerta es menor que en el caso de la población femenina, marcando un ISG de 1.76. Si bien, cabe destacar que un puntaje T demasiado bajo (54.7) no significaría necesariamente un estado de mejora en comparación con el resto de la población, sino en este caso un intento deliberado de no mostrarse mal.

**Tabla 3.** Estadísticos comparativos entre géneros de promedios (M) por dimensiones e índices y valores de dispersión (D.T)

	Sujetos Femeninos		Sujetos Masculinos		
	M	D.T	M	D.T	
<b>SOM</b>	2.12	0.9	<b>SOM</b>	1.81	0.95
<b>OBS</b>	2.88	0.7	<b>OBS</b>	2.52	0.88
<b>SIN</b>	2.05	1	<b>SIN</b>	1.52	0.64
<b>DEP</b>	2.85	0.8	<b>DEP</b>	2.16	0.86
<b>ANS</b>	2.49	1	<b>ANS</b>	1.87	0.77
<b>HOS</b>	1.86	1.2	<b>HOS</b>	1.05	0.72
<b>FOB</b>	1.3	1	<b>FOB</b>	1	0.47
<b>PAR</b>	2.03	1.3	<b>PAR</b>	1.38	0.93
<b>PSIC</b>	1.75	1	<b>PSIC</b>	1.53	0.87
<b>ISG</b>	2.25	0.8	<b>ISG</b>	1.76	0.62
<b>IMSP</b>	2.85	0.6	<b>IMSP</b>	2.29	0.61
<b>TSP</b>	68.9	14	<b>TSP</b>	68	14.92

Nota. Elaboración propia.

De este modo, tomando en cuenta las puntuaciones promedio y el grado de riesgo de estas, así como las distancias desde el índice de alerta referido, puede deducirse que hay una destacable diferencia sintomatológica de afecciones mentales entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las más definidas a tomar en cuenta para su seguimiento. No obstante, se puede considerar que en el caso de los hombres hubo una tendencia a mostrarse mejor.

Añadido a lo anterior, tanto en la muestra femenina como en la masculina la sintomatología más elevada pertenece a las dimensiones Obsesiones y compulsiones, Depresión y Ansiedad, cuyos efectos están íntimamente relacionados con la influencia en el estado de disposición para aprender de los estudiantes, tal y como menciona Ramón et al. (2020) (la ansiedad, la depresión y el estrés), afectos negativos que por lo general surgen a partir de la presión académica, pero también de situaciones personales que los alumnos enfrentan.

Además, es preciso hacer énfasis en que la OMS (2022) determina que la salud mental implica poder hacer frente a las tensiones de la vida, ser productivo, fructífero y desarrollar el máximo potencial, por lo que podemos señalar que los estudiantes no se encuentran en un estado de disposición para aprender óptimo.

A su vez, es necesario recordar que un estado emocional negativo es contraproducente para lograr un aprendizaje significativo, como bien dedujo Ausubel (1975) en sus investigaciones al respecto.

## **CONCLUSIONES**

Esta investigación permitió identificar que los estudiantes de la Licenciatura en Idiomas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco que participaron en el estudio realizado no poseen un estado óptimo de disposición para lograr un aprendizaje significativo, debido a que muestran altos índices de ansiedad y depresión, dos de los factores afectivos que, de acuerdo con las investigaciones sobre el tema, repercuten con mayor impacto en el desempeño de los estudiantes, así como en sus procesos cognitivos, emocionales y sociales durante la enseñanza.

Asimismo, se pudo concluir que las mujeres muestran con más apertura las diversas afecciones negativas que poseen, en tanto los hombres tienden a demostrar un mejor estado del real. Esto podría deberse a aspectos sociales relacionados con las percepciones y costumbres vinculadas a que los hombres “no deben” mostrarse vulnerables, lo cual sugiere un importante tema para investigaciones futuras dentro del campo de la afectividad y la salud mental en la educación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washintong, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washintong, DC.
- Ausubel, D. P. (1976). *Psicología educativa*. Un punto de vista cognoscitivo. Editorial Trillas.
- Colussi, M. (17 de mayo de 2014). *Resiliencia: Un concepto discutible*. Ponencia presentada en V Congreso Latinoamericano de la ULAPSI. Antigua, Guatemala.
- <http://www.argenpress.info/2014/07/psicologia-resilienciaunconcepto.html>
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.

- Díaz-Granados, F. I. (1999). La salud mental del docente como mediación del proceso de enseñanza-aprendizaje. *Psicología desde el Caribe*, 24-38.  
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/677/9461>
- Freud, S. (2011). *Introducción al psicoanálisis*. Alianza editorial.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias Múltiples. La teoría en la práctica*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Goleman, D. (2010). *Inteligencia Emocional*. Editorial Kairos.
- Guash Murillo, D. y Hernández Galán, J. (coord.). *Bienestar psicológico y rendimiento académico: guía para el estudiante universitario con trastorno mental*. Observatorio Universidad y Discapacidad.
- Hargreaves, A. (1998) The emotional practice of teaching. *Teaching and Teacher Education*, 14(8), 835-854. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(98\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(98)00025-0)
- Jennings, P. A., y Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of educational research*, 79(1), 491-525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- Organización Mundial de la Salud. (3 de junio de 2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*.  
<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climatechange#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>
- Raheb, C. (2008). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSM-IV, ICD-10*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., y Antón-Solanas, I. (2020). The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.  
<http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Vásquez Muñoz, A., Morales Huaman, H. I., y Silva Siesquén, J. A. (2021). Influencia De La Salud Mental En El Rendimiento Académico De Universitarios Por Covid 19. *acedor AIAPÆC*, 5(2), 119–129. <https://doi.org/10.26495/rch.v5i2.1935>