



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

DIPLOMADO
VIDA SALUDABLE



Guía de estudio

Salud mental

Diplomado Vida Saludable

Módulo 2 Salud mental. Guía de estudio

Secretaría de Educación Pública

Delfina Gómez Álvarez

Subsecretaría de Educación Básica

Martha Velda Hernández Moreno

Unidad de Promoción de Equidad y Excelencia Educativa

Dirección General de Formación Continua a Docentes y Directivos

Coordinación general

Erika Lucía Argáandar Carranza

Coordinación académica

Norma Sherezada Sosa Sánchez y
Juan Carlos Martínez Jardón

Edición de contenidos

Juan Carlos Martínez Jardón y
Yared Figueroa Ríos

Diseño y coordinación editorial

Cherish Hernández Montoya

Diseño de interiores y edición

Rosa Alicia Méndez Guzmán

Primera edición Diplomado Vida

Saludable 2021

Módulo 2 Salud mental. Guía de
estudio

D.R. © 2021. Secretaría de
Educación Pública. Avenida
Universidad no. 1200 Col. Xoco,
03330, Alcaldía Benito Juárez,
Ciudad de México

Hecho en México. Distribución
gratuita

El contenido de esta Guía de estudio fue elaborado por especialistas de la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional de Salud Mental por Lorena Rodríguez Bores Ramírez, Diana Tejadilla Orozco, Daniel Díaz Domínguez, Tania Lucila Vargas Rizo, Gema Torres Suárez, Fátima Moneta Arias y Gema Elena Rodríguez García; Servicios de Atención Psiquiátrica por Juan Manuel Quijada Gaytán, Beatriz Paulina Vázquez Jaime, Judith Márquez Contro y Luis Salinas Torres; JCF en SAP por Reyna Itzayana Aranda Martínez, Luis Enrique Vidal Naranjo, Tania Itzel Hernández Garcilazo, Osvaldo Daniel López Cardona y Diego Emilio Zamora Sánchez; Comisión Nacional contra las Adicciones por Evalinda Barrón Velázquez y Daniela Videgaray Arias. Del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Coordinación de Bienestar Social por Olga Georgina Martínez Montañez, Roberto Karam Araujo, Alejandra Madrigal Villegas, Martha Beatriz Rivera Fernández, Gabriela Guerrero Nava y Diana Rocha Quintanar

Índice

Introducción	5
1 Salud mental.....	6
2 Promoción y prevención de salud mental	7
3 Factores de riesgo y de protección en la salud mental	8
4 Condiciones que pueden afectar a la salud mental.....	12
4.1 Estrés	12
4.2 <i>Burnout</i> en el personal docente	15
4.3 Violencia.....	18
4.4 Acoso laboral.....	23
4.5 Consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas	25
4.6 Crisis, duelo y pérdida.....	29
4.6.1 Duelo en niñas, niños y adolescentes	31
5 Apego, resiliencia, autocuidado y su relación con la salud mental	34
5.1 Apego y seguridad.....	34
5.2 Resiliencia.....	36
5.3 Autocuidado.....	37
5.3.1 Regulación emocional	38
5.3.2 Comunicación asertiva	41
5.3.3 Límites.....	44
5.3.4 El tiempo libre como aliado.....	47
Conclusiones	48
Referencias bibliográficas.....	49

Introducción

La salud mental es considerada como un estado de equilibrio y armonía entre las personas y su entorno, lo cual incluye el bienestar físico, emocional, psicológico y social. Una salud mental adecuada permite a las personas la identificación y expresión asertiva de emociones, manejo saludable del estrés, establecer relaciones interpersonales saludables, positivas y empáticas, así como experimentar bienestar y satisfacción con la vida.

Las escuelas son un espacio apropiado para promover la salud mental de niñas, niños y adolescentes (NNA), permitiéndoles formarse como personas con mejores habilidades socioemocionales, capaces de construir un proyecto de vida y de establecer relaciones afectivas sanas y de calidad con las personas y con sus entornos. Para las maestras y los maestros, es fundamental reconocer la importancia de procurar y conservar su salud mental. Es importante que se cuiden y procuren sus pensamientos, emociones y necesidades, para que cuenten con un equilibrio personal y una salud mental adecuada que les brinde la capacidad de impulsar el desarrollo de habilidades socioemocionales y la formación integral de NNA.

Debido a que se ha identificado que los programas de promoción y prevención de salud mental en las escuelas se asocian con un efecto benéfico en las y los integrantes de la comunidad educativa (estudiantes, docentes, familias), es necesario hablar y entender cada vez mejor qué es la salud mental y generar estrategias para su protección y promoción desde las aulas.

Preguntas orientadoras

- ✓ ¿Qué es la salud mental?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección de la salud mental?
- ✓ ¿Qué condiciones pueden afectar a la salud mental?
- ✓ ¿Qué otras estrategias existen para promover el autocuidado?

1. Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como un estado de bienestar, en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad (OMS & Salud, 2013). En la infancia significa alcanzar los indicadores del desarrollo y los emocionales, así como también aprender habilidades sociales saludables y cómo enfrentar los problemas que puedan presentarse (CDC, 2020).

La salud mental es un fenómeno complejo influido por factores de índole social, ambiental y biológico (Degenhardt et al., 2008), representa el estado de equilibrio y armonía entre las personas y su entorno, lo cual incluye el bienestar físico, emocional, psicológico y social. Estos elementos influyen en el pensamiento, emociones y conductas. Por ello, una adecuada salud mental permite a las personas tener un manejo saludable del estrés, expresar emociones, establecer relaciones positivas y experimentar sentimientos de bienestar y satisfacción con la vida (OMS, 2018).

La salud mental se ve afectada por diferentes determinantes que incluyen no sólo características individuales, tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con otras personas, sino también aquellos factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales relacionados con el nivel de vida, las condiciones laborales o el apoyo social proveniente de la comunidad (OMS, 2019).

Para lograr una adecuada salud mental es indispensable que desde la infancia se adquiera la capacidad de gestionar pensamientos, emociones e impulsos para alcanzar un desarrollo óptimo de su identidad, así como la capacidad de aprendizaje para que sean personas exitosas. En la edad adulta, es indispensable fomentar el autocuidado y estilos de vida saludable. Por esto, se necesita fortalecer las capacidades de afrontamiento de la población, en todas las edades y condiciones.

Se considera a las escuelas como un espacio apropiado para promover la salud mental y el bienestar de NNA; representan espacios de interacción y aprendizaje en el que las y los docentes tienen un rol trascendental, ya que pueden ser referentes de modelos diversos en cuanto a actitudes personales y emocionales para sus estudiantes y sus colegas (Lever et al., 2017). También es importante reconocer que estas figuras pueden presentar afecciones relacionadas con este tema, como el *burnout*, el agotamiento y la depresión. Por ello, es fundamental poner atención a sus necesidades en esta área, y llevar a cabo acciones de prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas mentales así como acciones para su promoción y cuidado.

Al analizar programas de prevención de salud mental en las escuelas, se ha identificado que estos se asocian a un efecto benéfico en niñas y niños, docentes, familias y comunidad (Weare, & Nind, 2011), por lo que es necesario generar estrategias para la prevención de los trastornos de salud mental, identificación en las aulas y favorecer el desempeño saludable y pleno de la persona, independientemente de su edad.

2. Promoción y prevención de la salud mental

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor involucramiento en el control de ésta. Incluye intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiarla y protegerla mediante la prevención y solución de los principales problemas de salud, y evita concentrarse únicamente en el tratamiento y curación (OMS, 2016).

La promoción de la salud mental, específicamente, depende de estrategias que incluyan: intervenciones en la infancia temprana, emancipación socioeconómica de la mujer, apoyo social a las poblaciones geriátricas, programas dirigidos a grupos vulnerables y minorías (pueblos indígenas, migrantes, comunidad LGBTIQ+ y personas afectadas por conflictos y desastres), actividades de promoción de la salud mental en la escuela, intervenciones en el trabajo, políticas de vivienda, programas de prevención de la violencia y de desarrollo comunitario, reducción de la pobreza y protección social para personas que viven en pobreza, legislación y campañas contra la discriminación, promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales (OMS, 2018).

El principio general de diversos programas de prevención es propiciar o mejorar los factores protectores y reducir o eliminar los factores de riesgo que van cambiando de acuerdo con el desarrollo de la persona (Hawkins et al, 2002). Se ha identificado que proveer de un ambiente estable en los hogares, nutrición adecuada, estimulación física y cognitiva, apoyo familiar cálido y un buen manejo escolar en los primeros años de la vida de una persona (antes de los 8 años), podrá ayudarlo a desarrollar una adecuada autorregulación emocional y conductual, así como otras cualidades que le protegerán de innumerables riesgos, además de propiciar un desarrollo positivo.

Se han identificado los factores que influyen en la prevención: las actitudes de las niñas y los niños, las conductas, las interacciones familiares y las relaciones. Así mismo, durante la edad adulta, esto sigue siendo importante, los estilos de vida saludable, el ambiente laboral, la regulación emocional, las relaciones interpersonales, son necesarias para conservar la salud mental. Implementar acciones para influir en la reducción de los factores de riesgo y aumentar los

factores de protección a lo largo de la vida ayudará a las personas a alcanzar un mejor desarrollo y lograr sus metas. Así mismo, generar acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien esto, permitirá a las personas y en este caso, a quienes se dedican a la docencia, adoptar y mantener estilos de vida saludables (OMS, 2018).

3. Factores de riesgo y de protección en la salud mental

Los factores de riesgo y de protección son aspectos del ambiente o de la persona que hacen más probable (factores de riesgo) o menos probable (factores protectores) que la persona pueda desarrollar un problema específico (Centro para la Salud y Desarrollo Comunitario, 2020).

Aunque hablar de salud mental implica mucho más que referirse solamente a trastornos mentales o psicopatologías, no debemos dejar de hablar de estos y de las condiciones que pueden generarlos. Asimismo, con la intención de comprender los problemas de salud mental de una manera más sensible, contribuir a erradicar el estigma a las personas que padecen alguno, así como saber cuándo es necesaria la atención especializada y prevenir afectaciones mayores a la salud mental, es necesario conocer qué son los factores de riesgo y de protección en la salud mental.

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, y que predisponen a su aparición. Los factores de riesgo son características que pueden ser individuales, familiares, sociales, económicas o ambientales asociadas con una mayor probabilidad de aparición de problemáticas, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud mental, mientras que los factores de protección hacen referencia a condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y que pueden modificar, aminorar o alterar el cómo responde una persona ante algunos peligros ambientales (Rutter, 1985, citado en OMS, 2004).

Los principales factores de riesgo relacionados con aspectos socioeconómicos y ambientales tienen que ver con la pobreza, la migración, la discriminación racial, el desplazamiento, la guerra y la desigualdad, las personas que viven en pobreza y regularmente viven sin libertades básicas de seguridad y carecen de acceso a alimento, refugio, educación y salud adecuada (Banco Mundial, 2000, citado en OMS, 2004), lo que las coloca en situaciones de vulnerabilidad que las hacen propensas a presentar problemas de salud mental. De igual forma, el estrés laboral, el acceso a drogas y alcohol y el desempleo se consideran dentro de los factores de riesgo de tipo social, ambiental y económicos (OMS, 2004).

Dentro de los factores de protección relacionados con aspectos sociales, ambientales y económicos, se encuentran el fortalecimiento, la integración de minorías étnicas, las interacciones interpersonales positivas, la participación y responsabilidad social, la tolerancia, el contar con servicios sociales, apoyo social y redes comunitarias (OMS, 2004).

Los factores de riesgo y de protección tanto individuales como los relacionados con la familia pueden ser de tipo biológico, emocional, cognitivo, conductual, interpersonal o relacionado con el contexto familiar, su impacto en la salud mental puede ser durante periodos sensibles en diferentes etapas de la vida e incluso puede afectar a través de varias generaciones. La Tabla 1 muestra los principales factores individuales y relacionados con la familia que se han identificado:

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia

Factores de riesgo	Factores de protección
✓ Fracaso académico y desmoralización estudiantil	✓ Capacidad para afrontar el estrés
✓ Déficits de atención	✓ Capacidad para enfrentar la adversidad
✓ Cuidar a pacientes crónicamente enfermos	✓ Adaptabilidad
✓ Abuso y abandono de menores	✓ Autonomía
✓ Insomnio crónico	✓ Estimulación cognitiva temprana
✓ Dolor crónico	✓ Realizar actividad física
✓ Comunicación deficiente y no asertiva	✓ Sentimientos de seguridad
✓ Embarazos tempranos	✓ Sentimientos de dominio y control
✓ Abuso a personas adultas mayores	✓ Crianza adecuada
✓ Inmadurez y descontrol emocional	✓ Alfabetización
✓ Exposición a la agresión, violencia y trauma	✓ Apego positivo y lazos afectivos tempranos
✓ Conflicto familiar o desorganización familiar	✓ Interacción positiva entre padres e hijos
✓ Soledad	✓ Habilidades de resolución de problemas
✓ Bajo peso al nacer	✓ Conducta prosocial
✓ Enfermedad médica	✓ Autoestima
✓ Desbalance neuroquímico	✓ Crecimiento socioemocional
✓ Enfermedad mental de la madre, el padre o ambos	✓ Manejo del estrés
✓ Complicaciones durante el nacimiento	✓ Apoyo social de la familia y amistades
✓ Abuso de sustancias psicoactivas por parte de la madre, el padre o ambos	✓ Destrezas sociales, de comunicación y de manejo de conflictos
✓ Pérdida personal — duelo	
✓ Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	
✓ Eventos estresantes y de mucha tensión	
✓ Consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo	
✓ Desnutrición que afecta un adecuado desarrollo de niñas y niños	

Fuente: OMS (2004).

El efecto acumulado de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, puede predisponer a las personas a cambiar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad (OMS, 2004). Esto puede derivar en la presencia de trastornos mentales, los que se caracterizan por presentar alteraciones en la cognición, la emoción, el estado de ánimo o los aspectos integradores del comportamiento más

elevados, como las interacciones sociales o la planificación de las actividades futuras. Las enfermedades mentales constituyen uno de los trastornos más frecuentes y con mayor impacto negativo sobre la calidad de vida del ser humano (OMS, 2019).

Los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) se refieren al deterioro en el funcionamiento que se espera en las personas de cierta edad y sexo en el contexto social en que se desarrolla, y forma parte del costo social de la enfermedad. El cambio demográfico ha implicado la modificación en la morbilidad en el país, con un predominio en enfermedades no transmisibles las cuales generan mayor discapacidad que muerte prematura, tal es el caso de los trastornos mentales que son responsables del 25% de años AVAD en los hombres y 23% en las mujeres; la depresión ocupa el primer lugar entre todas las causas de AVAD en las mujeres y el segundo en los varones (Lozano et al., 2013).

La depresión se encuentra dentro de las 4 causas que afectan la salud de las personas adultas mayores, y ha aumentado en un 61% entre 1990-2019. Así mismo, se encuentra dentro de las 4 causas que afectan a las y los jóvenes (de entre 10 y 49 años) (Institute for Health Metrics and Evaluation,s.f.). Los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar se encuentran entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia a aumentar.

Las enfermedades mentales tienen un impacto importante en la calidad de vida de las personas y afectan el curso de otras enfermedades crónicas. Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, el riesgo de padecer depresión en una persona con diagnóstico de diabetes es 2.2 veces más frecuente que cuando no existe esta condición, en las personas con obesidad, la probabilidad de presentar depresión aumenta 2.8 veces y 4.4 la de presentar ansiedad.

A pesar de la alta prevalencia de las enfermedades mentales, solo 12% de la población entre 18 y 65 años tiene acceso a tratamiento. En un estudio realizado por Borges, Wang, Medina-Mora Lara y Chiu (2007), se identificó que las personas con algún trastorno del estado de ánimo demoraban hasta 14 años en buscar tratamiento, hasta 30 años quienes presentaban algún trastorno de ansiedad, y 10 años aquellas personas con algún trastorno relacionado con sustancias. Según lo reportado en la ENSANUT 2018, los síntomas neurológicos y psiquiátricos ocuparon la sexta causa de utilización de servicios de salud (Shamah-Levy, et al., 2018).

Por otro lado, entre los aspectos sociales relacionados con el desarrollo de enfermedades mentales se encuentra la exposición a la violencia o a las condiciones estresantes de desigualdad y adversidad social. Haber sido testigo de violencia incrementa la posibilidad de desarrollar algún trastorno, entre 1.4 y 2.8 veces; la conducta criminal de la madre y/o el padre incrementa 2.2 veces el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias (Benjet, 2010).

En un estudio con docentes mexicanas, se identificó un porcentaje importante de sintomatología depresiva, 16% presentaba síntomas severos y 85% síntomas leves o moderados, con mayor prevalencia en el grupo etario de 25-34 años; 80% no recibía tratamiento. Las consecuencias de esto, impactan en el desarrollo de las alumnas y los alumnos de forma directa (Soria-Saucedo, 2018).

Otra situación que afecta a la población que presenta algún trastorno mental es el estigma social de vivir con una enfermedad mental, ya que son etiquetadas y viven una serie de reacciones sociales negativas que pueden generar consecuencias adversas para su bienestar, su adaptación, su mejoramiento y su participación social. En el caso de las familias, si no son bien informadas y no sostienen conciencia sobre la enfermedad de su familiar, los sentimientos predominantes pueden ser de vergüenza y negación de la enfermedad, lo que lleva al ocultamiento, el secreto y, eventualmente, al aislamiento en un afán de evitar que las demás personas (amistades y familiares) tengan noticias de la presencia de la enfermedad en su núcleo familiar (Corrigan & Watson, 2005; Angell et al., 2005).

En las sociedades occidentales los estereotipos asociados a la enfermedad mental suelen incluir información relacionada con su peligrosidad y actos violentos; su responsabilidad sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento; su incompetencia e incapacidad para tareas básicas (como las de autocuidado); lo impredecible de su carácter y de sus reacciones, la debilidad y falta de control. La activación de los prejuicios puede dar lugar a reacciones de miedo, temor y desconfianza, mismas que, a su vez, pueden desencadenar distintas formas de discriminación que le puedan representar dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independientes, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja, entre otras, privándole de oportunidades esenciales para el logro de sus objetivos de vida (Twenge et al., 2003). Esto les coloca en situación de exclusión, lo que desemboca en la marginalización respecto a la sociedad, perpetuando un ciclo que puede traer riesgos como conductas auto-excluyentes.

El auto-estigma tiene otro efecto nocivo, ya que algunas personas optan por no buscar tratamiento o ayuda profesional para no ser identificadas con el grupo estigmatizado; simplemente no quieren ser etiquetadas como “personas con enfermedad mental” a causa del prejuicio y discriminación que ello pudiera implicar (Angell et al., 2005). En otros casos, minoritarios eso sí, la respuesta al estigma es la del enojo en busca de sus derechos y la implicación en actividades reivindicativas o en el empoderamiento mutuo de quienes presentan una enfermedad mental (Corrigan & Watson 2005; Angell et al., 2005).

Por lo tanto, es importante superar el estigma y dejar de considerar a los trastornos mentales como una fatalidad, puesto que para las personas con este diagnóstico puede ser posible acceder a una vida digna y de calidad, contando por supuesto con el fortalecimiento de los factores de protección tanto socioeconómicos como

familiares e individuales que promuevan su bienestar, lo que conlleva esfuerzos a nivel institucional, familiar y personal. Ante todo, debemos recordar siempre que, más allá de su diagnóstico, alguien que vive con un trastorno mental es, por sobre todas las cosas, una persona.

4. Condiciones que pueden afectar a la salud mental

4.1. Estrés

El estrés es la forma como el cerebro y el cuerpo responden a cualquier demanda; a ciertos niveles puede afectar la salud, por lo que es importante prestar atención a la forma en que se afrontan los acontecimientos estresores de menor y de mayor importancia (National Institutes of Health, s.f.). Visto desde un enfoque biopsicosocial se aborda como un proceso que incorpora factores psicosociales estresantes, respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales, y como factor clave la interacción de la persona en su entorno (Lazarus & Folkman, 1984).

Todas las personas se encuentran expuestas a experimentar estrés en las diferentes áreas de la vida, comúnmente se asocia con aspectos negativos sin tomar en cuenta que la respuesta fisiológica también tiene aspectos positivos, ya que se requieren ciertos niveles de estrés para mantenerse alertas y enfrentar los desafíos de la vida cotidiana; sin embargo, cuando las demandas del entorno son excesivas y de gran intensidad, aparecen síntomas de tensión, preocupación, cansancio, frustración, afectando la salud y el bienestar.

En la vida cotidiana, existen diferentes situaciones que provocan desequilibrio en el organismo y tienen el potencial de producir estrés, estas son conocidas como estresores y pueden generarse en la familia, comunidad o en el lugar de trabajo, y puede ser un acontecimiento que suceda una sola vez o que dure poco tiempo o puede ocurrir reiteradamente y durante un largo periodo de tiempo (National Institutes of Health, s.f.).

Hay diferentes tipos de estrés y todos originan riesgos para la salud física y mental. Algunos ejemplos son el estrés de rutina relacionado con las presiones del trabajo, la escuela, la familia y otras responsabilidades diarias; el estrés provocado por un cambio negativo repentino, como la pérdida del trabajo, el divorcio o una enfermedad, y el estrés secundario a trauma que se experimenta en un acontecimiento como un accidente grave, la guerra, vivir algún tipo de violencia (familiar, institucional, laboral, de género, en el noviazgo, etc.), o una catástrofe natural en el que las personas pueden estar en peligro de sufrir heridas graves o morir. Las personas que tienen estrés postraumático pueden mostrar síntomas

emocionales y físicos temporales muy angustiantes, pero la mayoría se recupera naturalmente poco después (National Institutes of Health, s.f.).

Establecer el nivel estresante de una situación dependerá de cómo se perciba, lo que para una persona es sumamente estresante, para otra será algo poco significativo. De igual forma, hay quienes pueden lidiar con el estrés más eficazmente o recuperarse de los acontecimientos estresantes más rápido, todo depende de cómo valoren la situación y los recursos y estrategias con los que cuentan para afrontarla (Lazarus & Folkman, 1986, citado en Regueiro & León, 2003).

Los síntomas del estrés pueden afectar al cuerpo, los pensamientos, sentimientos y al comportamiento. Es importante saber reconocer los síntomas comunes de estrés, ya que esto puede ayudar a controlarlos (Mayo Clinic, 2019). Algunos efectos comunes del estrés son los siguientes:

- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Tensión o dolor muscular
- ✓ Dolor en el pecho
- ✓ Fatiga
- ✓ Cambios en el deseo sexual
- ✓ Malestares estomacales (colitis, gastritis, intestino irritable)
- ✓ Problemas de sueño
- ✓ Ansiedad
- ✓ Inquietud
- ✓ Falta de motivación o enfoque
- ✓ Sentirse abrumada/o
- ✓ Irritabilidad o enojo
- ✓ Tristeza o depresión
- ✓ Consumo de comida en exceso o por debajo de lo normal
- ✓ Consumo excesivo de alcohol, tabaco u drogas ilegales
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Práctica de ejercicio con menos frecuencia

El estrés que no se controla puede contribuir a múltiples problemas de salud como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, obesidad y diabetes (Mayo Clinic, 2019). En una sociedad de 24 horas como la actual, en la que las exigencias del día a día nos hacen sentir como si corriéramos contrarreloj constantemente, se ha tendido a normalizar el estar estresada/o y a minimizar el serio impacto que esta condición puede tener en nuestra salud, olvidando que, si no prestamos atención, este puede ser fatal. Algunas de las consecuencias del estrés en nuestro organismo y en nuestra salud mental son las siguientes:

Puede contribuir al desarrollo de enfermedades cardíacas (American Psychological Association, s.f.). El estrés constante provoca tensión en el corazón al aumentar la presión arterial, la inflamación en el cuerpo, el colesterol y los triglicéridos en la

sangre y la frecuencia cardíaca (MedlinePlus, 2020). Además, cuando una persona se estresa es más propensa a mantener hábitos perjudiciales para el corazón, como fumar, beber demasiado o comer alimentos ricos en grasa, azúcar y sal (MedlinePlus, 2020).

Puede complicar la habilidad de recuperación en caso de una enfermedad seria. Un estudio sueco encontró que las mujeres que han sufrido ataques al corazón tienden a tener menos oportunidades de recuperación si también se encuentran experimentando estrés matrimonial como la infidelidad, el abuso de alcohol, o la enfermedad física o psiquiátrica de la pareja (American Psychological Association, s.f.). Los estudios también demuestran que las personas que reaccionan con coraje o que exhiben hostilidad frecuente (una conducta común en quienes viven bajo estrés) tienen un riesgo mayor de padecer una enfermedad del corazón (American Psychological Association, s.f.).

El estrés ha sido relacionado también con enfermedades gastrointestinales como la colitis, gastritis y el síndrome de intestino irritable. El intestino y el cerebro se desarrollan en la misma parte del embrión humano, por lo que no debería sorprendernos que el tracto gastrointestinal cuente con un suministro muy rico de terminaciones nerviosas, lo que ha llevado a que se le conozca en ocasiones como “el pequeño cerebro”. Esta colección de células nerviosas es en parte responsable de controlar la ansiedad y el miedo, lo que podría explicar por qué estas emociones se pueden asociar con el funcionamiento colónico (International Foundation for Gastrointestinal Disorders, 2019).

El sistema inmune se ve afectado por la exposición prolongada al estrés, ya que, al estresarnos, se elevan los niveles de sustancias que disminuyen su funcionamiento, lo que nos vuelve más susceptibles a contraer infecciones, prolonga la duración de las enfermedades infecciosas y el tiempo de cicatrización de heridas, esto aunado a que las personas expuestas a estrés crónico pueden presentar hábitos dañinos para la salud como patrones de sueño alterados, mala alimentación, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol y tabaco (Gómez González & Escobar, 2006).

Los sentimientos de desesperación que acompañan al estrés pueden tornarse en depresión crónica (American Psychological Association, s.f.). Tener dificultades para manejar el estrés crónico, puede desgastar y abrumar a la persona, lo que puede derivar en que con frecuencia no tenga un buen estado de ánimo, que su productividad disminuya, sus relaciones interpersonales se vean perjudicadas, tenga problemas para dormir y hasta podría resultarle difícil seguir adelante con su rutina diaria (Mayo Clinic, 2020).

Los trastornos por ansiedad y depresión son causados en un 90% por el estrés laboral, emocional, económico o social, y a su vez provocan en el organismo consecuencias graves como alteraciones metabólicas: pérdida o aumento excesivo

del apetito y periodos de diarrea o estreñimiento, asimismo pueden presentarse crisis de pánico y problemas de sueño, entre otros (Federación Mexicana de Diabetes, 2015).

Altos niveles de estrés no manejados pueden facilitar también el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), o a ser personas consumidoras de fin de semana. Esta dependencia inicia cuando una persona está deprimida, angustiada o estresada y empieza a consumir alcohol, por ejemplo, para disminuir las tensiones. En ocasiones el consumo atenúa la ansiedad, tristeza o los pensamientos negativos y de anticipación que generan angustia, por lo que algunas personas pueden tomarlo como una especie de tratamiento que combate sus malestares, lo que puede generar adicción (Universidad de Guadalajara, 2010).

Es importante hacer énfasis en que, en el caso del consumo de sustancias, el estrés es un facilitador, es decir, por sí sólo no genera conductas dependientes; no todas las personas llegan a consumir o a presentar una adicción, influyen otros factores, tales como la educación, la personalidad y el medio ambiente (Universidad de Guadalajara, 2010).

Vivir con estrés de manera prolongada puede también generar síndrome de *burnout*, que será descrito a detalle más adelante.

Así, podemos ver que el estrés afecta de múltiples maneras a nuestro organismo, aunque existe una gran diferencia entre el estrés temporal, el cual ocasiona que los efectos físicos sean de corta duración, al estrés crónico, con efectos sostenidos y cuyo impacto será mayor. Mientras más tiempo se experimente estrés, el sistema de reacciones físicas se mantendrá más activado, ocasionando mayores problemas de salud (American Psychological Association, s.f.).

Las situaciones estresantes están presentes constantemente, ya sea como eventos aislados y repentinos o en la vida cotidiana. A fin de reducir su impacto en nuestra salud física y mental, es importante generar estrategias de afrontamiento adecuadas, que son recursos psicológicos que ponemos en marcha para hacer frente a este tipo de situaciones (Macías et al., 2013), y pueden ser aprendidas a lo largo de nuestro desarrollo como personas.

4.2. *Burnout* en el personal docente

El ámbito de la educación es único en el sentido de que las maestras y los maestros pueden influir en el bienestar de quienes les rodean. Por lo que es necesario poner especial atención en el cuidado de su salud mental y bienestar. (Lever et al., 2017).

La enseñanza es una carrera muy satisfactoria, sin embargo, el estrés asociado al cuidado de las y los estudiantes, la comunicación con las familias, los trámites administrativos, la planificación de actividades académicas y la carga de trabajo, entre otras cosas, puede ejercer una presión importante sobre las y los profesionales de esta área e influir sobre su salud mental y bienestar. Estos altos niveles de estrés pueden conducir al agotamiento o *burnout* del profesorado (Gastaldi et al., 2014).

El agotamiento o *burnout* es una alteración en el estado de bienestar y la funcionalidad de la persona que se relaciona con su área laboral, y que se manifiesta por alteraciones conductuales, somáticas, emocionales y/o intelectuales. Además es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito (Gastaldi et al., 2014). De acuerdo con Bosqued (2006), se pueden distinguir diferentes grados en el *burnout*:

- ✓ **Leve:** las manifestaciones y síntomas generan un malestar, insatisfacción y agotamiento, que entorpecen levemente la vida y la labor diaria.
- ✓ **Moderado:** las manifestaciones se agudizan, el estrés, la insatisfacción y el agotamiento son constantes, los síntomas físicos se incrementan y la labor diaria se ve perjudicada.
- ✓ **Grave:** los síntomas y manifestaciones tienen una intensidad elevada, pueden aparecer patologías asociadas, el agotamiento, el desinterés y la insatisfacción es total, las relaciones interpersonales se encuentran alteradas y la actividad laboral se ve notablemente afectada o incluso se ha suspendido.

Maslach et al., (1996) describen 3 grupos de síntomas principales: agotamiento emocional, (la persona se ve sobrepasada por las demandas laborales y disminuye su energía), despersonalización (cinismo, la persona muestra desapego por el trabajo), sentimientos de ineficacia (la persona se percibe con una falta de desarrollo personal).

También existe una amplia variedad de síntomas relacionados al *burnout* que pueden categorizarse de la siguiente manera (Bosqued, 2006):

- ✓ **Cognitivos:** las personas se vuelven intolerantes, rígidas, inflexibles, o cerradas en su forma de pensar y ver el mundo. Pueden aparecer dudas, olvidos e ideas de culpabilidad.
- ✓ **Afectivos:** abatimiento, miedo, vacío emocional y enfado. Marcado aburrimiento y desinterés.
- ✓ **Conductuales:** suele haber un declive en la productividad, distracción, pueden aparecer reacciones agresivas. Es posible que discutan, se quejen, y también aumenta la probabilidad de sufrir accidentes. Algunas personas aumentan el consumo de alimentos, café, alcohol, tabaco u otras drogas.
- ✓ **Físicos:** agotamiento físico, fatiga crónica, aumento de las enfermedades en general, alteraciones del apetito, contracturas musculares, cefaleas,

hipertensión arterial, disfunciones sexuales, insomnio. Pueden aumentar los trastornos gastrointestinales y sufrir alteraciones significativas en el peso.

- ✓ **Relacionales:** aparecen dificultades en la comunicación, aislamiento. En general, suele haber un aumento de los conflictos interpersonales, con frecuentes discusiones, peleas e irritabilidad.

Las maestras y los maestros que experimentan síndrome de *burnout* pueden presentar sentimientos de agotamiento y fatiga, distanciamiento emocional de su trabajo, actitudes negativas o cinismo relacionado con su trabajo, la percepción de una pobre realización personal y una autoevaluación negativa del trabajo realizado. El agotamiento extremo puede influir de forma negativa en las relaciones interpersonales, la capacidad de empatía, la habilidad para desarrollar lecciones y planes de trabajo, problemas somáticos, autoestima, autoeficacia y desempeño laboral (Yang et al., 2009).

Cuando una persona tiene *burnout*, el riesgo de tener insomnio como síntoma aislado es mayor (Armon, 2008). La depresión es frecuente en personas con *burnout* leve (20.3%) y más cuando es grave (52.9%). El riesgo de tener un trastorno depresivo mayor es 29 veces más alto en hombres y 10 veces mayor en mujeres si se tiene *burnout* grave (Ahola et al., 2005).

En un estudio de Aldrete (2003), en población mexicana, donde se incluyeron docentes de educación básica, se encontró que el 80% presentaba *burnout* global, la misma investigadora en 2008, en docentes de media superior encontró un porcentaje similar (80.8%) y en 2012, en docentes de preparatoria 50.4%; los factores asociados en los diferentes estudios, fueron condiciones del lugar de trabajo, contenido de la tarea y la interacción social (Juárez-García, 2014).

El *burnout* es un problema de salud y calidad de vida laboral, un tipo de estrés crónico, como consecuencia de un esfuerzo frecuente cuyos resultados la persona considera ineficaces e insuficientes, ante lo cual reacciona quedándose exhausta, con sensación de indefensión y que la lleva a presentar una retirada psicológica a causa del estrés excesivo y de la insatisfacción. En sus fases más avanzadas, el síndrome se manifiesta como una sensación continua de no poder más, de estar al límite de las fuerzas, de estar a punto de venirse abajo. Incide de manera plena en el núcleo de la persona. Su instauración es lenta e insidiosa, de manera que los cambios se producen lenta y paulatinamente, por lo que quien lo vive no llega a percatarse de la verdadera magnitud del problema que le está asaltando (Bosqued, 2006).

Asimismo, es importante señalar que el síndrome de *burnout* no es solamente tedio en el trabajo, ya que es el resultado de presiones emocionales repetidas que no tienen nada que ver con el aburrimiento o la repetición insatisfactoria de esquemas y procedimientos. Tampoco es una insatisfacción laboral de tipo general, pues quienes lo padecen no aborrecen su trabajo ni manifiestan insatisfacción con él o

en él, sino que afirman de manera categórica su incomodidad y su incapacidad fisiológica y emocional para seguir adelante por las circunstancias que se dan y que se concretan en el desarrollo diario de su labor, en un entorno específico que en nada contribuye a liberar o evitar la presión existente (Bosqued, 2006).

Con base en lo anterior, es necesario identificar y brindar estrategias para la prevención del *burnout* o agotamiento, las cuales incluyen acciones para aumentar el bienestar, autocuidado y el desarrollo de estrategias para la resiliencia (McNutt & Watson, 2015) y pueden ser las siguientes:

- ✓ **Mantener relaciones interpersonales saludables.** Estas son importantes, ya que aceptar la ayuda de quienes se preocupan por nosotros nos fortalece y nos hace sentir mejor.
- ✓ **Desarrollar objetivos realistas para el cumplimiento de metas,** llevar a cabo acciones pequeñas, pero de forma constante, permite avanzar hacia objetivos mayores.
- ✓ **Desarrollar una visión positiva sobre la propia persona;** la confianza en las fortalezas propias y en la capacidad para resolver problemas, aumenta el sentido de autoeficacia, favoreciendo la autoestima.
- ✓ **Desarrollar la capacidad de autorregulación** y manejo de sentimientos, aumentando el reconocimiento y verbalización de emociones.

Tomando en cuenta que la docencia es una actividad que puede ser una fuente generadora de estrés, es importante que el personal preste atención a sus necesidades y a sus sentimientos, participe en actividades que disfrute y encuentre relajantes, para cuidar de sí, ya que esto favorece el mantener la mente y el cuerpo preparados para enfrentar situaciones que requieren resistencia.

4.3. Violencia

Para abordar el tema de “la violencia” o “las violencias”, nos encontramos frente a un sinnúmero de manifestaciones de conducta de personas o grupos sociales, que podemos observar en cualquiera de los círculos sociales a los que pertenecemos o frecuentamos y/o reconocer en nosotras/os mismas/os.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra sí mismo/a, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (OMS, s.f.).

La violencia generalizada se ha convertido ya en un problema social tanto por el impacto que tiene sobre la salud física y mental de personas y grupos sociales, como

por los ciclos de agresión que parecieran reproducirse en todos los ámbitos de convivencia, sean escuelas, trabajo o familias, en la calle y en el transporte. El costo social pagado en materia de salud personal y pública, en bienestar social y economías laceradas, es cada vez mayor. Aunque actualmente se visibiliza en todos los grupos sociales, la violencia afecta con mayor frecuencia a niñas, niños, mujeres, personas de la tercera edad o a quienes viven con algún tipo de discapacidad. Tiene diferentes formas de acción en escenarios diversos, parece estar presente en las interacciones de los estados, las comunidades, en las familias y en las personas sin distinción de edades o niveles socioeconómicos.

La Figura 1 muestra la clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud emitido por la OMS (2002):

Figura 1. Tipos de violencia según la clasificación de la OMS



Fuente: Elaboración propia con base en información de OMS (2002).

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre quien la emite y quien la recibe, y en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos (OMS, 2002).

Por otro lado, la violencia de género es una de las manifestaciones que ha aumentado en las últimas décadas y ha sido debatida y estudiada con la finalidad esencial de erradicar esta vivencia de sufrimiento y dolor que experimentan

muchas mujeres a nivel mundial (Solizko, 2013). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), define a la violencia de género como el término que se utiliza para poner de relieve la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a las diversas formas de violencia en los lugares donde son víctimas de la discriminación por el solo hecho de ser mujeres (UNICEF, s.f.).

Un aspecto fundamental de la violencia de género contra las mujeres y las niñas es que la violencia se utiliza en las culturas de todo el mundo como una forma de preservar y mantener su subordinación respecto del hombre. Es decir, los actos de violencia contra las mujeres y las niñas son a la vez una expresión y una vía para el reforzamiento de la dominación masculina, no sólo sobre las mujeres y las niñas individuales, sino las mujeres como una categoría entera de personas. Esta violencia tiene sus raíces en los desequilibrios de poder y desigualdad estructural entre hombres y mujeres (UNICEF, s.f.).

De acuerdo con lo señalado en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), los 6 tipos de violencia que se ejercen en México contra las mujeres son:

- ✓ **Violencia psicológica.** Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica; puede ser negligencia, abandono, rechazo, restricción a la autodeterminación, marginación, humillaciones, insultos, celotipia, etc. Puede llevar a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de la autoestima e incluso al suicidio.
- ✓ **Violencia física.** Cualquier acto que inflige daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones.
- ✓ **Violencia patrimonial.** Cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- ✓ **Violencia económica.** Es toda acción u omisión por parte de quien emite la violencia que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta en limitaciones que tienen como propósito controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
- ✓ **La violencia sexual.** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.
- ✓ **Cualesquiera otras formas** análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

En el marco de la violencia de género, se ubica el feminicidio que, de acuerdo con Marcela Lagarde (s.f.) “es una ínfima parte visible de la violencia contra niñas y mujeres, sucede como culminación de una situación caracterizada por la violación

reiterada y sistemática de los derechos humanos de las mujeres. Su común denominador es el género: niñas y mujeres son violentadas con crueldad por el solo hecho de ser mujeres y sólo en algunos casos son asesinadas como culminación de dicha violencia pública o privada” (p 1).

Este término se utiliza para nombrar a los asesinatos de mujeres que expresan la violencia de género y es una alternativa al tipo criminal homicidio, cuya neutralidad es muy cuestionable (Solyizko, 2013). El feminicidio ocurre cuando “las condiciones históricas generan prácticas sociales agresivas y hostiles que atentan contra la integridad, el desarrollo, la salud, las libertades y la vida de las mujeres” (Lagarde, 2005, p 151), es decir, su designación tiene como marco no solo el asesinato de una mujer por el hecho de serlo, sino también la impunidad que regularmente obstaculiza o impide que se resuelvan este tipo de delitos (Lagarde, 2005; Solyizko, 2013).

En el contexto educativo, una de las formas de violencia que se presenta con mayor frecuencia es el acoso escolar, el cual se entiende como aquellas conductas de intimidación, hostigamiento y acoso físico o psicológico, ejercidas de forma intencional por un/a escolar contra otro/a. A diferencia de una relación conflictiva entre compañeros/as, en el acoso la relación entre quien ejerce la violencia y quien la recibe, es asimétrica, y las conductas de hostigamiento son continuas (Fernández Alonso & Herrero Velázquez, 2014). Las y los estudiantes que viven acoso escolar no suelen defenderse, al principio creen que ignorando a quienes les acosan, el acoso se detendrá. Tampoco suelen decir a sus familias y docentes que están viviendo acoso por temor. Por ello es necesario generar tanto en la escuela como en la familia apertura para que niñas, niños y adolescentes platiquen lo que ocurre en la escuela y se pueda intervenir para detenerlo (Fernández Alonso & Herrero Velázquez, 2014).

Existen distintos tipos de acoso o maltrato escolar entre iguales:

- ✓ **Maltrato físico:** se produce haciendo uso de la fuerza, como golpear, asaltar, retener en contra de su voluntad.
- ✓ **Maltrato psicológico:** conductas que tienen como objetivo dañar su imagen frente al grupo, intimidar o intentar su exclusión social. Son formas de acoso psicológico:
 - **Agresión verbal:** insultos, descalificaciones personales, ridiculizar su aspecto, humillar públicamente, difundir rumores injuriosos, hacer burlas, poner sobrenombres insultantes.
 - **Exclusión social:** ignorar, no dejar participar, y aquellos actos tendientes a causar la exclusión y el aislamiento del grupo de clase o de amistades.
 - **Amenazas:** verbales o instrumentales, con objeto de producir miedo e inseguridad, y de obligar a hacer cosas mediante el chantaje.
- ✓ **Romper, esconder o robar** las pertenencias de la víctima.
- ✓ **Acoso sexual entre pares:** acosar sexualmente mediante actos o comentarios.

- ✓ **Ciberacoso:** acoso a través de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (mandar mensajes insultantes, fotografías, acoso a través de chats, de la Red o del teléfono). El anonimato de quien emite la violencia y la amplificación de sus efectos al enviar los mensajes a un elevado número de personas hacen de esta forma de acoso, quizás la más nueva y potencialmente peligrosa, la de más difícil intervención (Perren, 2011; Schenk & Fremouw, 2012; Vazsonyi, 2012; Przybylski, 2017).

La violencia supone una enorme carga para las economías nacionales, con un costo para los países de miles de millones de dólares anuales en atención sanitaria, vigilancia del cumplimiento de la ley y pérdida de productividad. En México, la creciente presencia en la vida cotidiana de las diferentes formas y manifestaciones de violencia y su liga con la delincuencia han sido una constante preocupación de la sociedad en las últimas décadas y este aumento manifiesto en las estadísticas oficiales muestra que la violencia se extiende a nivel nacional. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se estima que en México, durante el año 2017, hubo aproximadamente 25.4% de víctimas en edades de 18 años y más (INEGI, 2018), siendo la población joven el grupo social cuyo crecimiento ha sido el más significativo, ya sea como emisor/a o como receptor/a de violencia.

Las violencias impactan directamente en la población infantil y juvenil, situaciones que las y los docentes requieren tomar en cuenta en su ejercicio cotidiano, ya que pueden favorecer el decremento o incremento de las condiciones de vulnerabilidad del alumnado.

Datos de INEGI (2018), señalan que en 2016 del total de las defunciones por homicidios, 36% fue en adolescentes y jóvenes en un rango de edad de 15 a 29 años, lo que representa más de un tercio de las muertes del país; 89% de las personas asesinadas pertenecientes a este grupo poblacional, víctimas de asesinato en 2018 eran hombres y 11% mujeres. Además, 41% contaba con educación secundaria y sólo 19% con licenciatura. 80% tenían un empleo formal. Por otra parte, 48% de las jóvenes fueron asesinadas en la calle; en el caso de los hombres se verifica en 60%. A 19% de ellas las asesinaron en el interior del hogar; 8% en el caso de ellos.

Los siguientes datos muestran evidencia de la magnitud, complejidad y gravedad que tiene la violencia en México:

- ✓ Seis de cada diez NNA entre 1 y 14 años han experimentado algún método violento de disciplina infantil en sus hogares (jalones de orejas, bofetadas, manotazos o golpes fuertes, privaciones alimenticias, encierros); la mitad ha sufrido algún tipo de agresión psicológica por alguien de la familia (UNICEF, 2019).
- ✓ Durante 2015 se registraron 1,057 homicidios de NNA, es decir, 2.8 homicidios diarios. El mayor porcentaje en menores de 18 años ocurre en el grupo poblacional de 15 a 17 años (INEGI, 2016).

- ✓ En México, en 2016 se registraron 11,808 nacimientos en niñas de 10 a 14 años. Los embarazos en niñas y adolescentes habitualmente están vinculados a abuso sexual (Consejo Nacional de Población, 2018).

La violencia no se presenta como un hecho aislado, sino a través de ciertas formas de relacionarse, como en la familia o el ámbito laboral, afectando siempre la dinámica ambiental y el desarrollo de los núcleos sociales en que se presenta. La violencia es un fenómeno que regularmente se replica por quienes la reciben, así, un niño puede ser golpeado por su padre y no reacciona violentamente hacia él, quizá por temor, o bien, influido por el ambiente en que se desarrolla (percibe quizá que éste lo tiene permitido por ser el padre), pero en las relaciones que establece, puede ejercer violencia contra sus pares más débiles que él, o bien, ejercerla en el futuro contra sus descendientes.

Ahora bien, este fenómeno de violencia es prevenible y se puede reducir su impacto, cuando se dirigen las medidas a atacar las causas subyacentes como el bajo nivel educativo, la concentración de la pobreza, el desempleo, las relaciones parentales, entre otros. Algunas medidas efectivas para abordar las causas referidas son los programas escolares y sociales de prevención de violencias desde edades tempranas, programas de desarrollo social, el fomento de relaciones familiares positivas y enriquecedoras, procurando ambientes saludables y vínculos entre jóvenes de alto riesgo y personas adultas que los cuiden. La reducción de factores de riesgo como el fácil acceso al alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, armas de fuego, discriminación y violencia familiar y comunitaria, sin duda nos ayudará a lograr la formación de mejores entornos educativos y por ende, mejores personas.

4.4. Acoso laboral

El acoso laboral se da cuando una persona, ya sea, trabajadora o empleadora, realiza conductas, hechos, palabras u órdenes, que tienen como fin agredir desacreditar, desconsiderar o humillar a otra (Rojas, 2005). Así como el fenómeno de *bullying* es como se conoce al acoso escolar, en el ámbito laboral se le denomina acoso psicológico o *mobbing*. Para Fabiana (citada en Motta, 2008), es un encadenamiento sobre un período de tiempo bastante corto de intentos o acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas, por una o varias personas, hacia una tercera: el objetivo.

Arciniega (2005), habla sobre el concepto clínico de acoso moral del que afirma que tiene ciertas características:

- ✓ **un elemento subjetivo**, intencional o finalístico, que es la acción intencional por parte de quien agrede con dirección a una meta a lograr,

- ✓ **el elemento objetivo** correspondiente a la conducta acosadora, comportamientos hostiles reiterados en un periodo de tiempo, y
- ✓ **la relación asimétrica**, es decir, el desequilibrio de poder entre las dos partes involucradas en el fenómeno.

Para que una conducta sea considerada como acoso laboral se deben tomar en cuenta varios criterios (Farrington, 1993, citado por Ireland & Snowden, 2002):

- ✓ **Debe de ser repetitiva.** No es un evento de una sola ocasión, es una conducta que es ejercida con frecuencia en el tiempo.
- ✓ **Está basada en un desequilibrio de poder.** Quien emite la violencia tiene poder sobre quien la recibe, el poder es subjetivo en el ámbito laboral y se refiere al puesto de trabajo, salario, relaciones empleador/a-empleado/a o empleado/a-empleado/a donde una persona tiene más poder laboral sobre la otra.
- ✓ **Una intención de causar miedo o hacer daño.** La conducta no es accidental ni inconsciente, el motivo principal de quien emite la violencia es causar malestar en quien la recibe.
- ✓ **Involucrar abuso físico, psicológico o verbal.**
- ✓ **No ser provocada por quien recibe la violencia**, sino por quien la emite, que no agrede ni acosa primero. La mayoría de las veces quien recibe no muestra conducta de reacción hacia el acoso y permanece de manera pasiva.

Los motivos por los cuales una persona realiza *mobbing* varían. Para Verona Martel (2014), la causa por la que una persona ocasiona a otra un daño tan grave como el asociado al acoso psicológico es simple: quien acosa descubre a una persona que cumple con características que le incomodan en su medio laboral, estas conductas en un ambiente laboral “sano” serían consideradas como “buenas personas”.

La propia empresa y su clima laboral pueden ser la causa de que se manifieste el acoso psicológico. López y Vázquez (citados en Martínez-Lugo, 2006), identifican aspectos clave que favorecen la aparición del acoso en el trabajo:

- ✓ una pobre organización del trabajo;
- ✓ una deficiente gestión de los conflictos;
- ✓ un estilo de dirección autoritario;
- ✓ el fomento de la competitividad interpersonal como valor cultural;
- ✓ la ausencia de ética empresarial;
- ✓ la falta de formación en liderazgo;
- ✓ el fomento del clima de inseguridad personal y laboral;
- ✓ la persecución de la solidaridad, la confianza y el compañerismo como valores sospechosos o anti empresariales;
- ✓ una alta burocratización;
- ✓ una elevada sobrecarga de trabajo, y
- ✓ que la productividad no sea evaluada de forma externa.

Cuando se da el acoso laboral en una empresa se afecta principalmente a quien lo está viviendo, y puede haber consecuencias físicas y psicológicas, así como en su bienestar general. Piñuel y Zavala (2001) identifican entre las consecuencias físicas y de personalidad:

- ✓ **Efectos cognitivos e hiperreacción química:** inquietud/nerviosismo/agitación, agresividad/ataques de ira, sentimientos de inseguridad, hipersensibilidad a los retrasos, irritabilidad.
- ✓ **Síntomas de desajuste del sistema nervioso autónomo:** sofocos, sensación de falta de aire, hipertensión/hipotensión arterial neuralmente inducida.
- ✓ **Síntomas de desgaste físico** producido por un estrés mantenido mucho tiempo: dolores musculares y cervicales.
- ✓ **Trastornos del sueño.**
- ✓ **Cansancio y debilidad:** desmayos y temblores.

El acoso laboral puede generar incomodidad importante en todas las personas involucradas, lo que puede llevar a alteraciones en la salud, una de las consecuencias directas de esto es el *burnout*.

4.5. Consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas

La OMS definía las drogas como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969, citada en Caudevilla, 2008). En 1982, en un intento por delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia, la Organización declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada” (OMS, 1982, citado en Arévalo, 2016). La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) menciona que actualmente y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga o sustancia psicoactiva, para hacer referencia a un gran número de sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar una o varias de sus funciones psíquicas, además que generan alteraciones que llevan a las personas a seguir consumiendo, por el placer y, posteriormente, para evitar sentirse mal (CONADIC, 2017).

Existen diferentes tipos de sustancias psicoactivas y formas de clasificarlas. Una de ellas es por el estado legal que tienen, así se clasifican en drogas legales como el alcohol y el tabaco; drogas ilegales como la marihuana, cocaína, heroína; drogas sintéticas como la metanfetamina o el éxtasis; drogas de uso indebido como los inhalables y otras drogas médicas que son las medicinas que se consumen fuera de prescripción. Otra forma de agrupar a las sustancias psicoactivas es por el efecto que producen en el SNC,

así encontramos a las estimulantes (cocaína, anfetaminas, tabaco); depresoras (alcohol, inhalables, opiáceos) y alucinógenas (mariguana, LSD, peyote).

Los efectos a corto y mediano plazo del consumo de sustancias psicoactivas pueden ser distintos según la persona, la sustancia que se consume, así como la frecuencia. Lo que es un hecho es que todas ellas tienen la capacidad de modificar la función y estructura de algunas áreas del cerebro que son necesarias para planear, tomar decisiones, regular nuestras emociones, socializar, entre otras.

Por otra parte, también existen algunos trastornos del comportamiento que son conocidos como “adicciones comportamentales” y que afectan de manera importante a las personas, por ejemplo, uso compulsivo de los videojuegos, de internet, sexo, compras, entre otras.

Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas u otras conductas adictivas implica promover intervenciones sociales desde diferentes ámbitos para eliminar o modificar factores de riesgo frente a su consumo y crear factores de protección para evitar que las personas se inicien en el consumo, o bien, que este se convierta en adicción y, por consiguiente, genere dependencia y problemáticas de salud física, mental y del entorno social.

De acuerdo con las cifras que mostró la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco –ENCODAT- 2016-2017 (CONADIC, 2017), se puede aseverar que las intervenciones para la prevención de las adicciones más costo-efectivas son las que se desarrollan desde la promoción de la salud antes del inicio de consumo de sustancias adictivas, o bien, desde la prevención universal o selectiva, cuando el consumo es experimental u ocasional (Martín del Campo, 2019). La población en general de una u otra forma tiene o ha tenido conocimiento acerca de las sustancias psicoactivas, tanto legales como el alcohol o tabaco, como otras ilegales, ya sea por contacto directo, por parte de alguna experiencia familiar o social, o bien por los medios de comunicación, de manera que resulta imposible ser ajenos al tema.

Las estadísticas nacionales advierten el crecimiento de personas consumidoras, edades de inicio cada vez menores y un aumento importante en el consumo de mujeres adolescentes. Las principales tendencias que se observan en la ENCODAT 2016-2017 son:

- ✓ Que la percepción de riesgo ante el consumo es cada vez más baja.
- ✓ Que se comienza a experimentar con las sustancias psicoactivas a edades cada vez menores.
- ✓ Siendo las y los adolescentes (de 12 a 17 años) quienes presentaron el mayor incremento en el consumo (114%) y entre este grupo, las adolescentes fueron las que han tenido el mayor incremento (205%).
- ✓ Y que cada vez hay mayor disponibilidad de las drogas (es decir fácil acceso).

Los datos de la ENSANUT 2018, mencionan que la prevalencia actual de población adulta que fuma es de 7.7% (12.5% hombres y 3.7% mujeres), la edad promedio de inicio entre personas fumadoras es de 18.6 años. Con respecto al alcohol, 94.3% de las personas consume alcohol, pero el consumo excesivo del mismo es de 43.6% en hombres y 23.5% en mujeres.

Pese a este panorama, podemos decir con entusiasmo que la mayoría de las personas en nuestro país no consume sustancias psicoactivas ilegales y una gran parte de quienes deciden hacerlo, sobre todo adolescentes, no presentan aún un trastorno por su consumo. De la población total que ha estado expuesta a la prevención antes de consumir drogas, 5.1% consume cualquier droga (8.1% hombres, 3.2% mujeres). En contraste, los porcentajes de consumo se duplican (12.3% población total; 18.4% hombres, 5.6% mujeres) para quienes no han sido expuestos a prevención. Específicamente, de la población entre 12 y 17 años que ha participado en alguna actividad para prevenir el consumo de drogas, 3.3% reporta consumo de cualquier droga alguna vez (3.5% hombres y 3.1% mujeres). El porcentaje crece 3 veces (10.3%) en quienes no se han expuesto a programas de prevención (10.1% en hombres y 10.6% en mujeres).

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno dinámico de muchas facetas, por una parte, está la aparición clandestina y constante de nuevas sustancias que pueden ser cada vez más adictivas, potentes, de contenidos químicos altamente dañinos y de fácil accesibilidad por precio y disposición; y por otra, encontramos la creciente normalización del consumo de algunas sustancias (como tabaco, alcohol o cannabis), que genera la cada vez menor percepción de riesgo ante el consumo. Todo ello, aunado a que el consumo y adicción a cualquiera de las sustancias psicoactivas en NNA, tanto por las edades de inicio como por los porcentajes de incremento y diversificación de estilos y modas de consumos, representa un riesgo para el desarrollo saludable de las futuras generaciones y, por lo tanto, uno de los mayores desafíos en materia de salud pública para nuestro país.

Es importante señalar que, si bien es cierto que una persona no desarrolla adicción con el primer consumo de alguna sustancia psicoactiva, esto no quiere decir que no represente un daño a la salud. El consumo de cualquier sustancia psicoactiva representa riesgos a la salud para cualquier persona, y puede generar consecuencias negativas en el estado de salud física y mental.

De acuerdo con el National Institute of Drug Abuse (NIDA) el “proceso adictivo” comienza por el consumo experimental, que se refiere a cuando una persona empieza a consumir, lo hace de manera infrecuente, puede ser por curiosidad, pertenecer o encajar en un grupo o para conseguir un efecto agradable (ya sea conseguir placer o anular un estímulo doloroso o negativo). Posteriormente, este puede evolucionar hacia el abuso, es decir, cuando el consumo es más frecuente, y

finalmente puede llegar a la dependencia o adicción, es decir, cuando la persona no deja de consumir pese a las consecuencias negativas.

En este último punto, las personas principalmente consumen para no sentirse mal, ya que experimentan “abstinencia”, que es el malestar físico y psicológico que una persona sufre al no tener la sustancia psicoactiva en su cuerpo. Cuando se evoluciona a un trastorno, puede imposibilitar a la persona o separarle de sus actividades cotidianas al afectar sus relaciones personales, sociales o disminuir su capacidad económica, cosa que afecta directamente la salud mental y física de la población, incidiendo en sus desempeños laborales y escolares (NIDA, 2020).

Como ya se señaló, las edades de inicio han descendido notablemente y el número de adolescentes mujeres consumidoras ha aumentado. Es justo al inicio de la pubertad y la adolescencia, con sus consecuentes cambios físicos, hormonales, mentales, emocionales y sociales, que se ha incrementado el uso de sustancias psicoactivas. Cabe recordar que, en estas edades, las y los adolescentes están conociendo y comprendiendo qué pasa en su cuerpo, por qué se sienten diferentes, qué quieren realmente lograr y el cómo hacer para sortear las dificultades de la vida diaria.

Es aproximadamente entre los 21 y 25 años de edad, cuando el cerebro ha concluido su proceso de maduración, por lo que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva en personas menores puede generar las siguientes consecuencias (NIDA, 2020): afectar el sano desarrollo del sistema nervioso central; progresión más rápida de la adicción; la toxicidad de las sustancias puede generar daños y enfermedades a otros órganos como riñones, hígado, pulmones, entre otros; bajo los efectos de las sustancias, se corre el riesgo de tomar decisiones de manera mucho más impulsiva, como involucrarse en relaciones sexuales de riesgo, accidentes o situaciones de violencia.

Adicionalmente, existen condiciones y contextos presentes en la vida de las y los adolescentes que los llevan a una mayor predisposición debido al mayor número de receptores y sensibilidad producida por sus cambios biológicos y hormonales, que pueden involucrar estados emocionales de gran intensidad y sentimientos de incompreensión por parte de madres, padres y docentes. Esto, a su vez, puede favorecer estados depresivos, de ansiedad, déficit de atención en sus deberes, trastornos de alimentación y acercamiento a otros círculos sociales o de carácter personal, en los que buscan estados de bienestar y en donde pudieran enfrentarse a situaciones de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas o desarrollar algunas otras conductas adictivas.

Si además estos factores propios de la adolescencia se presentan en entornos de violencia familiar o social, maltrato, abuso sexual y/o presión social, la necesidad de pertenecer a grupos de iguales con los que se identifican y se sienten bien, por su

necesidad de aceptación, integración y de que se les tome en cuenta, puede llevarles a imitar comportamientos o conductas de alto riesgo como pueden ser las adicciones.

Se puede asegurar que la familia, la escuela y las comunidades, son escenarios muy valiosos para la promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas. Es indispensable fomentar ambientes saludables, donde las personas y sobre todo las más jóvenes, tengan oportunidades de fortalecer sus habilidades sociales, los vínculos entre amistades positivas, teniendo la oportunidad de expandir sus redes de apoyo, de construir sueños, visualizar un proyecto de vida, todo esto considerando valores a favor de la paz y el sentido comunitario donde todas las personas son corresponsables del bienestar integral.

4.6. Crisis, duelo y pérdida

El duelo es un proceso biológico, psicológico y social que se presenta ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Es un proceso normal y esperado cuya función es ayudar a procesar la pérdida; es doloroso y puede ser incapacitante en ocasiones y suponer una regresión intensa en la manera en que una persona se percibe a sí misma (Kubler-Ross, 1992).

Hoy en día es muy probable que la mayoría de las personas seamos plenamente conscientes de la ansiedad y los desajustes emocionales que nos provoca la pérdida de alguien a quien queremos, y podemos hablar de la profunda y prolongada pena que nos aqueja por un tiempo indefinido. En ocasiones se ha pensado que el paso por este momento debe de ser lo más rápido posible, pues llega a considerarse como algo “patológico” y, por lo tanto, no deseado. Sin embargo, esto es un proceso natural y esperado, por lo que no se debe considerar como algo “enfermo” y debe promoverse la expresión y entendimiento de las emociones que inevitablemente son consecuencia de la pérdida.

Todas y todos reaccionamos de forma diferente a la muerte y echamos mano de nuestros propios mecanismos para sobrellevar con el dolor que conlleva. Aceptar la muerte de una persona significativa puede tomar desde meses hasta un año o más. No hay una duración “normal” de duelo. No se debe anticipar qué va a pasar (“fases de duelo”), ya que, de acuerdo con la American Psychological Association (APA), algunas investigaciones recientes han sugerido que, aun cuando se han identificado las fases del proceso de duelo, la mayoría de las personas no pasan por estas de forma progresiva (APA, 2014).

Fase 1: Afrontar la pérdida. Dentro de esta fase se producen los mecanismos de defensa, que se presentan de manera natural, siendo lo más común la negación, sin

embargo, con el tiempo irá disminuyendo permitiendo así la externalización de las emociones que son normales e incluso favorables para el manejo de la pérdida.

El apoyo emocional en los primeros momentos es crucial, de esto depende con frecuencia, que sea más fácil o difícil el proceso posterior. Pueden llegar a presentarse síntomas físicos como taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, sensaciones como tener un nudo en la garganta, vacío en el estómago, dolor de cabeza, boca seca, mareo, cambios de humor, impaciencia, falta de concentración, fatiga física y psicológica. Es necesario identificar y señalar los síntomas con el fin de evitar conductas poco favorables como el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y otras), el aislamiento social y promover la comunicación con las personas queridas, hablar de la pérdida y evitar la rumiación excesiva y los pensamientos irracionales.

En esta fase la necesidad de acompañamiento de profesionales de la salud mental traerá muchos beneficios al compartir su experiencia dolorosa, ya que esto le permitirá contar con la contención emocional que necesite durante su proceso.

Fase 2: Rituales alternativos para trabajar las emociones durante el duelo. Es muy relevante indagar el contexto sociocultural y conocer cuáles han sido los rituales o tradiciones ante la pérdida de familiares y/o amistades ya que estos son un acto simbólico que nos permite procesar un evento psicológico en la realidad. Otra de las funciones de un ritual es verlo como “la despedida” que ayudará a expresar las emociones ante una pérdida favoreciendo el proceso de duelo mediante el acompañamiento de los otros, aliviando el dolor emocional.

De igual manera, es comprensible que se quiera estar a solas y no compartir socialmente la pérdida o hacerlo únicamente con sus familiares, es importante que lo anuncie para que las demás personas no se preocupen y/o eviten forzarle a realizar algo que no quiere en ese momento.

De acuerdo con Buckman (citado en Osiris, 2020), hay entornos culturales que favorecen la expresión y exteriorización de sentimientos en relación a la pérdida, mientras que otros los inhiben, exigiendo una actitud estoica y valiente, de ahí la importancia de conocer el contexto cultural, incluso el lenguaje que se emplea para hablar de la pérdida, donde se recurre a diferentes eufemismos para no decir lo que realmente pasa.

Fase 3: Adaptarse a la pérdida e integrarla a la experiencia de vida. En esta fase es necesario recordar que el proceso de duelo no es rápido ni fácil, sin embargo hay muchas formas de apoyarle y recordarle que, aunque lo que intenta hacer no es fácil, tampoco es imposible. Debe alentar y validar sus esfuerzos y explorar todas las alternativas que le puedan ayudar. De igual manera, es importante que la persona aprenda a manejar e integrar su proceso de duelo. Es conveniente promover que retome actividades o proyectos previos, debe ir poco a poco recuperando condiciones

previas de su vida y evitar acciones desadaptativas como el abuso de sustancias u otras condiciones que más que ayudar a afrontar la pérdida, detienen el proceso.

Se tiene que hacer una identificación de los recursos que ha aprendido durante este proceso con el fin de fortalecer su experiencia de vida. Algunas personas al final del proceso podrán incluso establecer alguna meta realista la cual buscarán emprender derivado de esta pérdida en sus vidas.

Cuando pasamos por un proceso de duelo es necesario llevar a cabo algunas medidas de autocuidado físico y psicológico (Osiris, et al., 2020, Chaim, 2015):

- ✓ Dedicar un tiempo para el descanso y la reflexión.
- ✓ Realizar actividad física.
- ✓ Realizar actividades lúdicas (lectura, escritura) o al aire libre, si se encuentran en lugares adecuados.
- ✓ Hacer referencia a la persona en duelo que es necesario tener una alimentación adecuada y debe dormir las horas razonables de acuerdo a su edad, sin olvidar que tendrá alteraciones normales en estos dos ambientes.
- ✓ El que reconozca y acepte sus emociones y no limitar la expresión de las mismas. Recordarle que, dado el proceso, tiene la posibilidad de mostrar sus emociones cuando sea necesario.
- ✓ Es esperado tener emociones y sensaciones de soledad, tristeza, enojo y angustia. Se le sugiere mantener comunicación con amistades, familiares o personas que aprecia mediante el uso de los diferentes medios de comunicación incluyendo los recursos en línea.
- ✓ Recordar que debe cuidarse y cuidar a su familia.
- ✓ Puede solicitar ayuda a personas de confianza para realizar tareas que considera difíciles en estos momentos, por ejemplo, el cuidar de sus hijas e hijos, el sacar a pasear a la mascota, etc.
- ✓ Hay que enfatizar que la persona puede ayudar a otras que también están enfrentando la pérdida.
- ✓ Puede escribir una carta en donde exprese su sentir hacia quien falleció: elaborar un álbum o presentación en donde exponga los buenos momentos que pasaron y/o realizar un dibujo donde se exprese su sentir.
- ✓ Recordarle que debe de tomarse su tiempo para decidir sobre las pertenencias de su familiar.

4.6.1 Duelo en niñas, niños y adolescentes

Es frecuente que las personas adultas busquen mitigar o evitar el dolor que causa la pérdida en niñas, niños y adolescentes, como mecanismo de protección, sin embargo, esto no es posible. La alternativa es que les acompañen en el proceso para ayudar a encontrar habilidades y capacidades para afrontar las pérdidas (Kubler-

Ross, 1992). Para ello, es importante conocer las distintas formas en la que NNA entienden el concepto de la muerte y las formas de respuesta habituales.

De acuerdo con De Hoyos López (2015), el proceso de duelo en niñas, niños y adolescentes es similar al de las personas adultas, pero se diferencian en la dependencia del cuidado y en las formas para expresar las emociones y sentimientos. Las emociones y respuestas, así como los efectos varían de acuerdo a los contextos de las personas y de los recursos que cuenten para afrontarlos. No existe una sola forma de pasar por el proceso de duelo, por lo que no tiene un tiempo definido. Para ellas y ellos es importante conocer los hechos de la muerte de una persona significativa de forma directa, honesta y clara, aunque también requiere que se adapten los contenidos al nivel del desarrollo y de comprensión, por lo que se necesita que las personas adultas mantengan flexibilidad del acompañamiento según el momento emocional que presenten.

En edad escolar y en adolescentes, las reacciones ante la muerte de un ser querido (Díaz, 2016), son las siguientes. En el periodo de los 6 a los 11 años, el concepto de muerte se acerca al real. Alrededor de los 9 años ya se entiende la universalidad y la permanencia del fallecimiento de una persona; tienen miedo de que sus padres y madres mueran, y en consecuencia buscan cuidarles señalando los peligros que les rodean, así como las medidas para mitigarlos (revisar cinturones de seguridad en el coche, marcar la incongruencia en el uso del cubrebocas, etc.). Es necesario ayudarles a desarrollar una explicación de la muerte que les haga sentido, describiendo de forma simple y honesta lo sucedido, preguntando qué es lo que están entendiendo y tomándose el tiempo para aclarar cualquier interpretación incorrecta.

En estas edades es común la curiosidad y la necesidad de razonarlo todo para dotar de sentido a su mundo. Preguntan sobre la causa de muerte, los efectos en el cuerpo, el funeral, la incineración y si eso es algo que ellas y ellos podrían hacer. Repiten los hechos y las preguntas alrededor del fallecimiento para confirmar lo que ya saben. Centran los sentimientos de pérdida en cosas concretas, como la molestia por las actividades que ya no podrán realizar con la persona fallecida.

Es normal que haya ligeros retrocesos en el desarrollo, como pérdida de control de esfínteres, volverse a chupar los dedos, etc., así como cambios en los hábitos de sueño, y pueden presentar problemas de concentración y dolores en el cuerpo sin causa médica. También es común que estén irritables y que realicen algunas conductas que comprueben la realidad de la pérdida, como hacer enfadar a la persona que les cuida a ver si la persona fallecida regresa, clamar la presencia de quien murió o apelar a ciertas conductas de la persona fallecida para justificar sus reacciones actuales.

Las y los adolescentes, entre los 12 y los 16 años, ya tienen un concepto muy similar al de las personas adultas sobre la muerte. Está ligada a la globalidad de la pérdida

por eso pueden angustiarse ante la idea de cómo continuar la vida. Pueden adoptar conductas muy protectoras con las personas a su alrededor y buscar no hablar sobre lo sucedido para no causar mayor pena a familiares. En este tenor, buscan hablar y encontrar eco a sus ideas en compañeras/os de clase, así como amistades de su edad, docentes, etc., más que hablarlo con personas cercanas. Por ello, el rol de las y los docentes para acompañar el duelo es fundamental en esta etapa.

Las y los adolescentes reflexionan mucho sobre el fin de la vida y la trascendencia de vivirla, buscarán una explicación más al por qué de la vida y la forma de hacerlo, más que la muerte en sí misma. Esto puede venir acompañado de una forma de desesperanza ligada a la frase “ya no vale la pena seguir viviendo” que puede conllevar a periodos de tristeza muy profunda o a tener actitudes de riesgo como inicio o aumento en el consumo de alcohol, tabaco o alguna droga. Por otra parte, en esta etapa se vive mucha confrontación con las madres y los padres. Es importante conocer si la o el adolescente se encontraban molestos con quién falleció y si existen sentimientos de culpa.

El duelo no es una enfermedad, pero puede complicarse o volverse persistente si no se brindan las condiciones para transitarlo. Se debe prestar atención a los siguientes signos de alarma en adolescentes:

- ✓ Alteraciones en el patrón del sueño o la alimentación que no ceden después de un tiempo, así como pesadillas persistentes.
- ✓ Alteración en la concentración y aumento de los accidentes que pueden incluso significar riesgos importantes para la integridad.
- ✓ Irritabilidad extrema que puede venir acompañada de demostraciones de agresividad y que no se ajusta cuando se retoman las rutinas.
- ✓ Aislamiento extremo; esto es, que no quieren ver a sus amistades, familiares y terminan con todas las formas de comunicación.
- ✓ Actividades de riesgo como el consumo problemático de alcohol o drogas ya sea por frecuencia o por intensidad, muy relacionado con la idea de que “ya no puede pasar nada peor”.
- ✓ Ideaciones suicidas, materializadas como “no vale la pena seguir viviendo” o con planes para hacerlo.
- ✓ Culpa que no cesa: ideas persistentes de que la persona fallecida está enfadada, dolida o poco orgullosa de él o ella.
- ✓ Incapacidad para retornar a las rutinas habituales.

5. Apego, resiliencia, autocuidado y su relación con la salud mental

La afirmación “No hay salud sin salud mental” representa la importancia que tiene esta última como componente en nuestro equilibrio y bienestar integral. Para contar con una adecuada salud mental, se deben reconocer el apego y la resiliencia como dos características de la persona que la favorecen, además es indispensable adquirir competencias de autocuidado y habilidades que faciliten el manejo de las emociones, el control de impulsos, la capacidad de gestionar pensamientos y tomar decisiones saludables.

5.1 Apego y seguridad

John Bowlby (1980), describe la importancia del apego íntimo o vínculo afectivo con otras personas como el alcance alrededor del cual la persona conserva la proximidad con otra y a partir del cual se desarrolla su vida, tanto en la infancia como en la etapa escolar y a lo largo de la adolescencia y la madurez hasta llegar a la vejez. De este apego íntimo la persona es capaz de obtener fortaleza y alegría de vivir y, a través de sus acciones, da fuerza y alegría a las demás. El apego es la forma en que las personas, como mamíferos, confiamos en nuestras figuras cuidadoras para “alimentarnos”, a medida que avanzamos hacia la madurez.

Un pequeño grupo de figuras de apego (cuidadoras) dan forma de manera natural a nuestro desarrollo, según como se comuniquen con nosotros/as desde nuestros primeros días de vida (Hoffman et al., 2017). Erik Erikson (1968, citado en Maier, 2012), propone que el primer año de vida representa la etapa de confianza, y que la comodidad física y el cuidado son fundamentales para el desarrollo del apego y, en consecuencia, para creer que el mundo será un lugar bueno y agradable.

Un apego seguro brinda más posibilidades de convertirse en personas amables, atentas, reflexivas, resilientes y con buena inteligencia emocional y social, que permita prosperar en la vida (Hoffman et al., 2017). Este aparece cuando las figuras cuidadoras principales pueden ayudar a la niña o el niño a sentir que hay alguien ahí cuando siente temor o inseguridad, por lo que puede sentir la suficiente seguridad para explorar el mundo, y aceptar y manejar su experiencia emocional (Hoffman, Cooper & Powell, 2017). Es decir, el apego seguro se desarrolla gracias a la sensibilidad de las figuras cuidadoras principales ante las necesidades del bebé, y a la disponibilidad que tiene (Main, 2000; Carbonell, 2002).

Existen diferentes tipos de apego, basados en estudios realizados por Ainsworth (citado en Santrock, 2007; Van Lizen Doorn & Sagi, 1999):

- ✓ **Apego seguro:** la niña o el niño presenta seguridad, expresa necesidades con proximidad cuando lo necesita. Utilizan a la figura cuidadora como una base segura a partir de la cual exploran el ambiente. Se encuentra en el 60-70% de las personas.
- ✓ **Apego evitativo:** la niña o el niño minimiza las relaciones de apego, y evita el contacto. Poca expresión emocional. Manifiesta inseguridad evitando a la figura cuidadora. Se encuentra en el 10-15% de las personas.
- ✓ **Apego resistente (ansioso-ambivalente):** la niña o el niño se aferra a la figura cuidadora, presenta maximización de las personas y se expresa el estrés al máximo, se resiste a la figura cuidadora posteriormente luchando contra la cercanía. Se encuentra en el 15-20% de las personas.
- ✓ **Apego desorganizado:** la niña o el niño muestra desorientación o desorganización frente a la figura cuidadora, carecen de suficientes herramientas para regular el estrés. Se encuentra entre el 3-13% de la población.

En las personas adultas se clasifican diferente: seguro-autónomo, descartante del apego, preocupado por relaciones pasadas del apego (Hesse, 1999), pero funcionan de la misma manera, ya que se introyectan como un modelo de trabajo que compone nuestra personalidad e influye en nuestras relaciones (Bretherton, 1992).

Corine de Ruiter y Marinus Van Ljzen Doorn muestran que cuando los padres logran formar un apego seguro en sus descendientes, mediante la amabilidad, sensibilidad, educando sin castigos, construyen y fortalecen su autoestima y su dominio de motivación, atención, su tiempo de concentración en las tareas y sus habilidades metacognitivas (Hoffman, Cooper & Powell, 2017). Por otro lado, está bien documentado que la autoestima procede del apego seguro, no de que te digan que eres superior a otras personas; de la percepción de la aceptación y no de la sobrevaloración (Hoffman, Cooper & Powell, 2017).

Para Sroufe, Egeland Carlson & Collins (2005), las relaciones de apego íntimo en una edad temprana son la base mediante la que se estructuran otras experiencias, por lo que permanecen independientemente de las transformaciones que se den en nuestro desarrollo. El apego seguro nos protege de estresores, incluyendo a la parentalidad (Rholes et al., 2011).

En conclusión, la formación del apego o vínculo en los primeros años de vida, y su fortalecimiento durante la infancia y adolescencia, mejora la calidad de las relaciones, la autoestima y la autonomía que se requiere para desarrollar todas nuestras habilidades como personas. En las personas adultas, la forma en la que nos vinculamos con otras afecta de la misma manera.

5.2 Resiliencia

La importancia del concepto de resiliencia ha aumentado en los últimos años con el estudio de casos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas que, al haber transitado por situaciones adversas que representaron una desviación de su propio bienestar y por las que fácilmente pudieron haber incurrido en prácticas como el consumo de drogas y alcohol o el suicidio, lograron salir adelante y ser personas con las mismas características que aquellas que no han pasado por lo que estas tuvieron que vivir (Henderson, 2005, citado en Alpízar & Salas, 2010).

Las y los infantes que desarrollan resiliencia poseen características en común: un temperamento fácil, ser agradables y tranquilas/os, simpáticas/os, sonrientes y provocan sentimientos positivos en otras personas, además, poseen una inteligencia que les provoca tener agrado por los desafíos, flexibilidad ante diversas situaciones y persistencia en la resolución de problemas (Contreras, 2007, citado en Alpízar & Salas, 2010). De igual forma, se contempló que, por lo menos durante el primer año de vida, contaron con alguien que les cuidó de manera competente. Dentro de la comunidad se desenvolvían satisfactoriamente y hacían amistades con facilidad, además de que consideran a la escuela un lugar importante donde se encuentran figuras a imitar, como sus docentes.

La resiliencia es el proceso de adaptarse de forma exitosa, funcional o competentemente (Contreras, 2007, citado en Alpízar & Salas, 2010) a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras (APA, s.f.). Es importante no confundirnos, la resiliencia no significa soportar estoicamente o atravesar sola/o la adversidad, por el contrario, uno de los componentes fundamentales del ser resiliente es ser capaz de buscar apoyo en otras personas (Mayo Clinic, 2020).

Algunas características de las personas resilientes son:

- ✓ La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- ✓ Una visión positiva de sí, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- ✓ Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- ✓ La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.
- ✓ La destreza de resignificar positivamente los acontecimientos que pueden ser doloroso que están cargados de sentimientos negativos.

Ser resiliente es de gran ayuda para protegernos de diferentes problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, también puede promover la compensación de los factores que aumentan el riesgo de presentar trastornos mentales, como el acoso o un trauma previo. Las personas que viven con un

trastorno mental pueden mejorar su capacidad para afrontar una situación difícil al fortalecer su capacidad de resiliencia (Mayo Clinic, 2020).

Por el contrario, una persona que carece de resiliencia probablemente se obsesionará con los problemas, se asumirá como víctima o recurrirá a mecanismos de afrontamiento poco saludables, como el consumo de sustancias o el mantenimiento de conductas consideradas de riesgo. El desarrollar la resiliencia no desaparecerá sus problemas, pero cambiará su perspectiva respecto a estos, le ayudará a disfrutar de la vida y a manejar mejor el estrés (Mayo Clinic, 2020).

La resiliencia no es una característica que la gente tiene o no tiene. Incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona (APA, s.f.).

Algunas estrategias para aumentar la resiliencia (APA, s.f.) son las siguientes:

- ✓ Construir relaciones fuertes y positivas con las personas significativas cercanas.
- ✓ Buscar en cada día una sensación de logro y propósito, establecer metas que ayuden a mirar hacia el futuro con sentido.
- ✓ Aprender de las experiencias pasadas en las que se ha afrontado la dificultad de forma competente.
- ✓ Mantener la esperanza. Aceptar y anticipar el cambio para adaptarse con mayor facilidad y que los retos se contemplen con menos ansiedad.
- ✓ Atender las propias necesidades y sentimientos, participando en actividades que se disfruten, hacer actividad física, dormir y descansar, alimentarse saludablemente. Es recomendable practicar estrategias de afrontamiento de estrés y manejo de emociones.
- ✓ No ignorar los problemas, por el contrario, ser proactiva/o, hacer un plan y tomar acción. Contemplar redes de apoyo y recursos con los que se cuenta para afrontar la adversidad.

5.3 Autocuidado

El autocuidado describe todas aquellas prácticas cotidianas y a las decisiones que realiza una persona para cuidar su salud; estas son destrezas aprendidas a través de la vida que tienen como finalidad proteger la salud (Victor et al., 2010). Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida a las personas sobre sí mismas, hacia las demás o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su salud y bienestar (Chamberlain & Zika, 1990).

Para alcanzar el estado de equilibrio necesario que permita contar con una adecuada salud mental, es indispensable adquirir competencias de autocuidado y habilidades que faciliten el manejo de emociones, el control de impulsos, la

capacidad de gestionar pensamientos y tomar decisiones saludables con el fin de lograr el desarrollo óptimo individual y social (Monsalve Serrano, 2013).

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requerida, habilidad para controlar y reducir la automedicación, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos (Bersh, citado en Pepper, 1989).

En el caso de las escuelas, la enseñanza y aprendizaje del autocuidado y del cuidado de las demás personas tiene como objetivo cuidar el bienestar de estudiantes, docentes, y todo el personal escolar, así como de las familias y las figuras comunitarias, potenciando los factores que protegen a las personas en situaciones de crisis (Ministerio de educación, s/f).

5.3.1 Regulación emocional

La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, que tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social (Bisquerra, 2003). La autorregulación emocional es de especial relevancia en el ámbito educativo (Gross & Thomson, 2007), pues forma parte de las características más importantes de la persona al momento de involucrarse adecuadamente en situaciones sociales y de aprendizaje.

Las competencias emocionales se entienden como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales (Merino-González, 2017). El concepto de conciencia emocional se refiere a la capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y el reconocimiento de las de otras personas, se puede conseguir auto-observando y observando el entorno, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado y es la capacidad de percibir los propios sentimientos y emociones, el conocer las causas y consecuencias de las emociones, evaluar su intensidad, e identificarlas y etiquetarlas para posteriormente comunicarlas (Merino-González, 2017). Con la regulación emocional se podrán manejar las emociones de forma apropiada, tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento y la formación de las habilidades para la expresión emocional.

La regulación emocional se encuentra estrechamente relacionada con la inteligencia emocional, la cual es definida por Solovey & Mayer (1990, citado en

Alpizar & Salas, 2010) como un tipo de inteligencia social que contempla la habilidad para controlar las emociones propias y las de las otras personas, diferenciar entre ellas y utilizar la información que esto nos proporciona para guiar nuestras acciones y pensamientos. Dentro de la inteligencia emocional se señalan cinco dominios básicos: conocimiento de las propias emociones, manejo de las emociones, automotivación, reconocimiento de las emociones de las demás personas y tener la capacidad para relacionarse con otras personas (Molero, Saiz & Martínez, 1998, citado en Alpizar & Salas, 2010).

Igual de importante es la inteligencia interpersonal, caracterizada por la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Implica dominar habilidades sociales básicas, el respeto a los demás, la comunicación receptiva, la comunicación expresiva, compartir emociones, el comportamiento pro-social y la asertividad. Estas habilidades predisponen a un clima social favorable, que son factores importantes para la prevención del abuso y la violencia. Como tal todas estas competencias para la vida y el bienestar permitirán adoptar comportamientos apropiados y responsables de solución de problemas personales, familiares, profesionales y sociales.

Es posible aprender a ser feliz o infeliz (Ellis, 2000, citado en Herrera et al., 2015), aquellas acciones que aprendemos y ejecutamos en pos de la felicidad, son interiorizadas y se convierten en parte de nuestra estructura de pensamiento, por lo que es importante conocer el cómo impactan a largo plazo los pensamientos y el estado de ánimo en nuestra persona y nuestra vida (Fredrickson, 2001, citado en Herrera et al., 2015). El manejo de las emociones y la postura que tome la persona con respecto a su filosofía de la vida determinará cuál va a ser su capacidad de enfrentar las situaciones que se le presenten en el futuro (Alpizar & Salas, 2010).

En este sentido, existen algunas técnicas o estrategias que pueden ser utilizadas ya sea para el manejo de las emociones o en el afrontamiento del estrés. A continuación, revisaremos algunas de estas.

Relajación muscular progresiva. Esta técnica desarrollada por Jacobson consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos musculares. La práctica cotidiana de esta técnica se recomienda para ayudar a las personas a discriminar la experiencia de tensión y utilizar respuestas de relajación que permitan afrontar dicha tensión (Soriano, 2012)

Cuando sentimos estrés, el cuerpo responde liberando hormonas que aumentan la presión arterial y elevan la frecuencia cardíaca, a esto se le conoce como respuesta al estrés. Las técnicas de relajación pueden ayudar al cuerpo a disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca, a esto se le conoce como respuesta de relajación (MedlinePlus, 2018).

Cambio de pensamientos. Los pensamientos influyen directamente sobre la forma en que nos sentimos y cómo nos relacionamos con el entorno, son el resultado de las experiencias de nuestro día a día y cómo las valoramos.

Nuestra visión de la vida, la actitud hacia la propia persona y el ser optimista o pesimista puede afectar a nuestra salud y bienestar. El pensamiento positivo que acompaña al optimismo es clave para manejar el estrés de forma eficaz, lo que está estrechamente asociado con múltiples beneficios para la salud (Mayo Clinic, 2020).

Los efectos que se han identificado del pensamiento positivo y el optimismo en la salud son: aumento de la expectativa de vida, menores tasas de depresión, niveles más bajos de angustia, mayor bienestar psicológico y físico, mejor salud cardiovascular y menor riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares, así como mejor capacidad de afrontar una situación difícil durante las dificultades y los momentos de estrés.

Estos efectos aún son estudiados por las ciencias de la conducta, y existe la teoría de que, al tener una visión positiva de la vida, afrontamos de mejor manera las situaciones estresantes, lo cual reduce sus efectos nocivos en nuestra salud. Así mismo, se ha comprobado que las personas positivas tienden a generar hábitos de vida saludable como una alimentación adecuada y ejercicio físico, lo que conlleva a un estado de mayor bienestar (Mayo Clinic, 2020).

Meditación. La meditación involucra concentrar la atención para sentirse más relajado. Practicarla puede ayudar a las personas a reaccionar de manera más calmada a sus emociones y pensamientos, incluso aquellos que les provocan estrés. La meditación se ha practicado por miles de años y existen muchos estilos distintos. La mayoría de los tipos de meditación usualmente incluyen (National Institutes of Health, 2016):

- ✓ Atención enfocada. La concentración se fija en la respiración, un objeto o un conjunto de palabras.
- ✓ Silencio. La mayor parte de la meditación se realiza en lugares silenciosos para limitar las distracciones.
- ✓ Posición corporal. La mayoría de las personas cree que la meditación se lleva a cabo sentado, pero también se puede hacer acostado, caminando o de pie.
- ✓ Una actitud abierta. Estar abierto a los pensamientos que vengan a la mente durante la meditación, no juzgar estos pensamientos y dejarlos pasar para llevar de nuevo la atención a la concentración.

Yoga. Es una práctica ancestral cuyos orígenes se remontan a la filosofía de la India. Contempla una combinación de posturas o movimientos con respiración enfocada y meditación, las que tienen como propósito incrementar la fuerza y la flexibilidad.

Existen muchos estilos distintos de yoga que pueden ir de lentos a vigorosos (MedlinePlus, 2018).

Taichi. Práctica que en la antigua China era considerada una forma de defensa personal. Actualmente se utiliza para mejorar la salud, es un tipo de ejercicio suave de bajo impacto y seguro para personas de todas las edades. Contempla los siguientes principios básicos: movimientos lentos y relajados, posturas cuidadosas, concentración y respiración enfocada (MedlinePlus, 2018).

Imaginación guiada. Esta técnica se centra en la visualización de situaciones y escenarios agradables, la persona propicia estados físicos y emocionales benéficos para su salud porque tiene el poder de elegir cómo quiere guiar su imaginación para sentirse mejor frente a los diferentes estresores de la vida.

Atención plena. La “atención plena” o *mindfulness* tiene sus raíces en las filosofías orientales más antiguas, concretamente en el budismo zen (Arguis, 2012). Se define como la capacidad de atender a lo que sucede en el momento presente, de manera no reactiva y sin juicios. Este estado de quietud nos permite observar nuestras experiencias, aceptarlas como tal y como son y aprender de ellas (Kabat-Zinn, 2006). Es un estilo de vida basado en la consciencia y la calma, que nos permite vivir íntegramente en el momento presente (Arguis, 2012).

La práctica de la atención plena tiene numerosos efectos beneficiosos, entre los que destacan (Arguis, 2012, Black, 2013): incremento en la concentración; mejora el control de los pensamientos, emociones y conductas; mejora la participación en las actividades; mejora el cuidado y respeto por las demás personas, y efectos físicos saludables (relajación, mejora la respiración, regulación de la presión arterial).

El éxito en el aprendizaje requiere de un ambiente en el aula que favorezca la concentración completa. Para las y los docentes es un desafío único equilibrar las diversas necesidades de aprendizaje, mientras manejan simultáneamente los comportamientos que ocurren en el aula (Montgomery & Rupp, 2005). El implementar actividades de “atención plena” en su vida y en el aula, mejora significativamente la calidad de vida psicosocial y emocional tanto en el alumnado como en las maestras y los maestros (Bazzano, 2018).

5.3.2 Comunicación asertiva

Las relaciones humanas positivas (Lacunza & Contini, 2016) constituyen la base y fundamento para desarrollar relaciones humanas sanas, sin conflictos irreparables, en donde la armonía, la cordialidad y solidaridad social permitan una convivencia grata y beneficiosa para todas las personas involucradas.

Estas relaciones que se establecen día a día, para ser consideradas como relaciones positivas suponen habilidades de empatía, cooperación y compromiso para consigo mismo y para el bienestar de las demás personas, habilidades que se gestan desde etapas muy tempranas del desarrollo y que están presentes a lo largo de la vida para favorecer el desarrollo y adquisición de fortalezas personales.

En etapas primarias del desarrollo, las niñas, niños y adolescentes perciben y captan las actitudes y condiciones del entorno que les rodean, desarrollando estrategias cognitivas de resolución de situaciones sociales que, en situaciones favorables, permiten el establecimiento de relaciones positivas basadas en la consideración, liderazgo y el espíritu de servicio a otras personas; en los casos de ambientes desfavorables, se desarrollan estrategias de resolución pasivas, agresivas o pasivo-agresivas, como el retraimiento, la ansiedad social o las conductas de riesgo.

Dado que las habilidades y estrategias sociales son aprendidas y socializadas, resulta de utilidad el uso de estrategias asertivas por parte de padres, madres y docentes para facilitar el desarrollo de recursos sociales positivos, en la familia y la escuela, lo que redundarán en un mayor bienestar y calidad de vida de la población (Lacunza & Contini, 2016).

La mayor parte de las interacciones sociales sucede mediante el habla, ésta normalmente consiste en la transmisión de información, el mantenimiento de relaciones sociales y la solución de conflictos. Sirve para establecer contacto con las personas, expresar o comprender lo que pensamos, transmitir nuestros sentimientos y compartir o poner en común algo con alguien (Duran, 2009). Incluye diferentes elementos que debemos tener en cuenta (Caballo, 1986):

- ✓ **Verbales:** el mensaje como tal, existen técnicas que te ayudarán a estructurar un mensaje claro y conciso.
- ✓ **No verbales:** Mirada/ contacto visual, latencia de la respuesta, sonrisas, gestos, expresión facial, postura, distancia/proximidad, expresión corporal, asentimientos con la cabeza, movimiento de manos, apariencia personal.
- ✓ **Paralingüísticos:** Voz, volumen, tono, claridad, velocidad, timbre, inflexión, tiempo de habla, duración de la respuesta, pausas, silencios, muletillas, fluidez.

Dado que existen diferencias en la habilidad de las personas, se puede hablar de estilos de comunicación, agrupándolas en tres tipos: la pasiva, agresiva y asertiva (Gaeta & Galvanovskis, 2009). El primer tipo de comunicación (pasiva) hace referencia a la nula habilidad que posee la persona para expresar sus opiniones o necesidades, siente culpa o vergüenza de pedir algo, mientras que la de tipo agresiva se caracteriza por ser egoísta y sobreponer sus necesidades, deseos y derechos, y carece de habilidad social. El tipo de comunicación asertiva es una habilidad social en la que la persona es capaz de exponer sus opiniones, hacer y rechazar peticiones, defender sus derechos, afrontar críticas, disculparse, admitir

ignorancia, pedir cambios en el comportamiento, expresar molestia, desagrado o enfado, sin llegar a un conflicto, y obteniendo como resultado una respuesta favorable o conveniente tanto para quien emite como para quien recibe el mensaje (Caballo, 2007).

Para lograr una comunicación asertiva, se debe tomar en cuenta lo siguiente (Naranjo, 2008):

- ✓ **Hablar en primera persona:** “yo pienso”, “yo opino”, “yo siento”, “a mí me gustaría”, “yo desearía”. Esto logra que las otras personas nos escuchen, al contrario de cuando nos expresamos como si solo nosotros tuviéramos la razón o nuestra expresión fuera la verdad absoluta.
- ✓ **Conocer sus derechos asertivos:** Concebirse como alguien con energía limitada que necesita priorizar, abastecer y cuidar.
- ✓ **Ser razonable y respetar las necesidades ajenas;** entender que las demás personas tienen derecho a creer, decir o hacer cosas muy distintas de las que esperamos, siempre y cuando en sus acciones exista el respeto hacia nuestra persona, y comprender que tienen sus propios límites, sensibilidad, propósitos y expectativas.
- ✓ **Ser directo:** Garantizar que nuestros mensajes sean lo suficientemente claros para la otra persona de tal manera que no se necesiten de suposiciones, adivinanzas y evitar caer en malos entendidos.
- ✓ **Ser oportuno:** hay que considerar el lugar, el momento, la firmeza del mensaje, la relación con las y los demás y la frecuencia de insistencia.

En el ámbito escolar, la comunicación asertiva permite a las y los docentes mejorar las relaciones con el alumnado, así como con sus colegas de trabajo, siendo una habilidad que permea en todo aspecto social y se reconoce como indispensable en las relaciones interpersonales. Entre otros, algunos elementos que facilitan la comunicación son los siguientes:

- ✓ **Escucha activa:** mantener una actitud que le permita ver a la niña o niño que está atendiendo (mirarle a los ojos mientras se le habla, ponerse a su altura).
- ✓ **Habilidad para motivar:** refuerzo social, usar expresiones que permitan reforzar las conductas deseadas y reprimir las indeseadas.
- ✓ **Empatía:** entender la situación de las alumnas y los alumnos, tratar de comprender cómo piensan o cómo se sienten ante ciertas situaciones, y actuar en consecuencia.

Si bien, el estilo de comunicación asertivo facilita las relaciones interpersonales, también es importante reconocer hasta dónde llegan las ventajas que ofrece este estilo de comunicación y qué aspectos rebasan su funcionalidad. La Tabla 2 nos muestra qué podemos considerar como asertividad y qué no.

Tabla 2. ¿Qué es asertividad y qué no es asertividad?

¿Qué es asertividad?	¿Qué no es asertividad?
Es una conducta.	No es un rasgo de personalidad.
Se puede aprender.	No es hereditaria ni genética.
Es respetuoso con una/o misma/o y con las demás personas.	No es una conducta manipulativa.
Permite resolver mejor los conflictos.	No es una solución mágica para los conflictos.
Tiene como objetivo conseguir lo que una persona considere mejor para ella y más justo para las demás.	No es una conducta que sirva para conseguir siempre lo que uno desea.
Facilita la comunicación y tiene como objetivo una relación eficaz con las demás personas.	No es un método para convencer a las demás personas de lo que una/o piensa.
Obliga a la persona a ser responsable de su conducta.	No es una conducta que permita ser cínica/o o irresponsable.
Tiene consecuencias favorables para las dos partes del conflicto.	No es una conducta que favorezca únicamente a la persona que es asertiva.

Fuente: Güell (2006).

Es importante tener presente que la asertividad, como habilidad, se aprende y al practicarla continuamente formará parte de tu estilo de comunicación.

5.3.3 Límites

En las relaciones interpersonales, aparte de establecer un estilo de comunicación asertivo como medio para desarrollar relaciones saludables, también es conveniente establecer límites personales. Los límites son los enunciados que usamos para organizar la convivencia en el entorno, a través de las normas, las personas aprenden qué está permitido y qué está prohibido, por lo que es necesario el uso del “no” (Durán, 2009).

Los límites personales son esas reglas que fijamos dentro de nuestras relaciones y pueden ser físicos o emocionales. Las personas que manejan límites saludables en sus relaciones, pueden decir “no” cuando quieren, pero también están abiertas a la intimidad y a las relaciones cercanas y se sienten cómodas con esto (TherapistAid, 2016).

Existen diversos beneficios de aprender a poner límites: ayuda a fortalecer la salud mental, a desarrollar la autonomía personal y la identidad, a evitar el *burnout*, así como en la toma de decisiones basada en lo que realmente se desea y no en lo que el resto de las personas esperan; además, puede influenciar a otras personas para establecer límites en su vida (Selva, 2020).

Para empezar a establecer límites, es importante examinar aquellos que ya se han establecido o los que hacen falta, saber decir “no” firmemente a lo que no se desea, sin necesidad de explicar de más, ya que todas las personas tenemos el derecho a decidir lo que queremos o no sin necesidad de justificarnos. Por esto es necesario

que la persona se enfoque en sí misma y no en las conductas de las demás, por ejemplo, en vez de decir: “tienes que dejar de molestarme y quitarme tiempo después del trabajo”, podemos decir: “necesito tiempo para mí mismo cuando salgo de trabajar, no puedo verte”, practicar la asertividad es esencial para establecer límites de forma saludable (Selva, 2020).

Sabemos que aprender a decir “no” puede resultar complejo, pues hemos aprendido a anteponer las emociones y deseos de otras personas a las nuestras, por lo que tendemos a pensar que podemos herirle o quedar mal al negarnos a llevar a cabo alguna actividad o realizar algo que no nos gusta. Decir “no” y saber establecer estos límites puede ayudarnos a tener una vida más tranquila y relajada, evitando el estrés.

Razones para aprender a decir que “no” (Mayo Clinic, 2019):

- ✓ **Decir que “no” no es necesariamente egoísta.** Cuando dices que “no” a un nuevo compromiso, estás honrando tus obligaciones existentes y asegurándote de que podrás dedicarles tiempo de alta calidad.
- ✓ **Decir que “no” puede permitirte probar cosas nuevas.** Solo porque hasta ahora has ayudado a planear la comida anual familiar no significa que debas hacerlo para siempre. Decir que “no”, te da tiempo para perseguir otros intereses.
- ✓ **Decir siempre que “sí” no es saludable.** Cuando estás demasiado comprometido/a y bajo demasiado estrés, es más probable que sientas desánimo y que te enfermes.
- ✓ **Decir que “sí” puede eliminar a otras personas.** Por otro lado, cuando dices que “no”, abres la puerta para que alguien más levante la mano. O puedes delegar a alguien para que se haga cargo de la tarea. Tal vez no hagan las cosas como tú las harías, pero está bien. Encontrarán su propio camino.

Para aprender a decir “no”, es necesario decidir qué actividades merecen nuestro tiempo y atención, Estas son algunas estrategias para evaluar obligaciones y oportunidades:

- ✓ **Concentrarse en lo que más importa.** Preguntarse si asumir ese nuevo compromiso es importante para ti, si es algo que causa mucho entusiasmo se puede llevar a cabo, si no, es mejor rechazarlo.
- ✓ **Poner en la balanza la relación entre el sí y el estrés.** ¿La nueva actividad que estás considerando es un compromiso a corto o largo plazo? Tal vez el decir que “sí” añadirá meses de estrés adicional a tu vida, por lo que es mejor buscar otras formas de colaborar.
- ✓ **Eliminar la culpa de la ecuación.** No aceptar una solicitud por culpa u obligación. Hacerlo probablemente tendrá como resultado más estrés y resentimiento.

- ✓ **Consultarlo con la almohada.** Antes de responder ante nuevos compromisos propuestos, hay que tomarse un día para pensar en la invitación y en cómo encaja en nuestra vida.
- ✓ **Di que "no". La palabra "no" tiene poder.** No tengas miedo de usarla. Ten cuidado con el uso de frases sustitutorias débiles, como "No estoy seguro" o "No creo que pueda", que pueden interpretarse como si fueras a decir que "sí" más tarde.
- ✓ **Sé breve.** Indica la razón por la que rechazas la solicitud, pero no continúes con ello. Evita las justificaciones o explicaciones elaboradas.
- ✓ **Sé honesta/o.** No inventes razones para librarte de una obligación. La verdad es siempre la mejor manera de rechazar una petición familiar, de amistad o laboral.
- ✓ **Sé respetuosa/o.** Muchas buenas causas pueden llegar a tu puerta, y puede ser difícil rechazarlas. Elogiar el esfuerzo del grupo mientras dices que no te puedes comprometer demuestra que respetas lo que se está tratando de lograr.
- ✓ **Prepárate para repetir.** Es posible que tengas que rechazar una solicitud varias veces antes de que la otra persona acepte tu respuesta. Cuando eso ocurra, simplemente pulsa el botón de repetición. Di "no" tranquilamente, con o sin tu razonamiento original, según sea necesario.

Así como establecer límites personales es de suma importancia, también lo es respetar los que otras personas establezcan (madre o padre, hijos/hijas, pareja romántica, autoridades laborales, colegas, NNA, o cualquier otra persona con la que interactuamos). El respeto es un camino de dos vías en el que es tan importante el establecer límites para ti, como considerar los de las demás personas (Selva, 2020).

En el contexto educativo es importante saberse comunicar y expresar adecuadamente para poder mantener un adecuado ambiente en las interacciones entre estudiantes y docentes, así como entre colegas docentes y con las autoridades, y para dar solución a los conflictos que pudieran presentarse en la escuela y el aula (Caballo, 2007). Durán (2009), señala que una buena comunicación permite a las maestras y los maestros ejercer la autoridad necesaria sin que el alumnado la viva como una imposición. Su papel es fundamental dado que comparten con el grupo sus valores, los cuales pueden llegar a reproducir.

Algunas formas en que las y los docentes pueden establecer límites en su relación con el alumnado (Selva, 2020), son las siguientes:

- ✓ Mantener su vida personal separada de la profesional, evitando brindar demasiada información privada al estudiantado.
- ✓ Al iniciar el ciclo escolar y establecer las normas de convivencia del aula, puede comunicar a las y los estudiantes las situaciones en las que siente incomodidad y que prefiere que se eviten.
- ✓ Establecer límites propios hasta donde deberán intervenir de acuerdo a lo que la institución señale como parte de sus funciones y responsabilidades,

teniendo en cuenta el interés superior de la niñez, asegurándose que no es su responsabilidad todos y cada uno de los aspectos de la vida de sus estudiantes.

5.3.4 El tiempo libre como aliado

Ante la visión mecanicista de las sociedades de consumo que consideran la productividad como prioridad, surge la noción de salud desde un carácter multidimensional, que toma en cuenta los contextos sociales y culturales y las características particulares de las personas, así como el acceso a los servicios de salud, lo que ha llevado a que los temas del ocio, tiempo libre, la calidad de vida y los estilos de vida pasen a ser temas prioritarios al abordar el tema del cuidado de la salud (Sánchez et al., 2013). La gestión del tiempo libre es una de las prácticas a la que las personas le restamos importancia, pero descansar y realizar actividades divertidas, de esparcimiento o recreativas, nos permite fortalecer todos nuestros aspectos como persona, brindándonos el equilibrio emocional y físico necesario para el día a día.

El concepto de tiempo libre es más amplio que el de ocio, lo incluye como posibilidad. El tiempo libre es aquel periodo de tiempo no sujeto a necesidades, de una parte, ni a obligaciones de otra. Resulta de la diferencia de restar al tiempo total, el dedicado a nuestras obligaciones familiares, laborales y escolares. El ocio no es sólo tener tiempo libre o lleno de actividades; supone sentirse libre realizando diversas actividades (Nuviola et al., 2003). En síntesis, se considera como las actividades que nos gusta realizar de manera voluntaria y que desarrollamos durante el tiempo que nos resta una vez finalizadas las actividades obligatorias diarias.

Por su parte, el ocio es la forma en que se va a ocupar ese tiempo libre, la cual implica llevar a cabo actividades que generen satisfacción y placer personal y que sean realizadas de forma libre y voluntaria (Miranda, 2006). El ocio es el privilegio de ocuparse de cosas agradables y útiles al propio deseo, ya sea para el descanso, la diversión/recreación o el desarrollo personal (Tovar et al., 2013), estas generarán compensaciones respecto de las ocupaciones cotidianas que son de suma importancia para el bienestar de nuestra salud mental (Dumazedier, 1968, citado en Miranda, 2006).

Elegir en qué se va a utilizar el tiempo libre no es un acto aislado, sino que es un proceso que supone la búsqueda del bienestar, lo cual es profundamente subjetivo: hay quienes lo encuentran en actividades deportivas o lúdicas, en pasear por lugares turísticos o en actividades como la lectura. Lo importante no es la actividad *per se*, sino el placer que le otorga a la persona realizarla. La situación se vuelve angustiante en este punto si estamos acostumbradas/os a que nuestros tiempos estén muy organizados por calendario, agenda y reloj, y tendemos a generar culpa por el “no hacer nada”, lo que nos impide disfrutar de nuestro tiempo libre (Ganso, 2014).

El manejo adecuado del ocio y tiempo libre es un factor que facilita alcanzar el estado de bienestar físico, mental y social, y se vuelve un recurso importante para aumentar la calidad de vida (Gorbeña-Etxebarria, 2000). Cualquier persona o grupo puede ser capaz de identificar y alcanzar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades e interactuar de forma positiva con su entorno. Las experiencias de ocio valioso desarrollan la sensibilidad y percepción, aumentan la creatividad y fomentan la salud física y emocional, prologando la vida. Por ello, es importante promover en las y los docentes un ocio que facilite el desarrollo humano orientado a la satisfacción y logro del estado de bienestar personal y social (Universidad Deusto, 2013).

Los estudios demuestran que el ocio beneficia a la salud, aminorando los efectos del estrés fisiológico que producen las situaciones adversas. Por ejemplo, Coleman (1993) encontró que las personas que tenían altos niveles de control sobre el ocio, manifestaban menos enfermedades físicas y mentales (McCormick, 1999). Una buena utilización del tiempo libre debe estar dirigida a lograr el disfrute de los descansos del trabajo y la recreación placentera, lo cual no solo es beneficioso para la salud, sino que puede repercutir en el mejor desempeño de las labores diarias (Sánchez et al., 2013).

Las cuestiones relacionadas al uso del tiempo libre están asociadas al estilo de vida de las personas, por lo que parte de la responsabilidad de la calidad de vida y la salud les corresponde: el cómo somos y estamos en el mundo inciden sobre nuestro nivel de salud y calidad de vida, por lo que pensar en el tiempo libre y el ocio implica un proceso de cambio de hábitos e interiorización de un estilo de vida saludable que contemple a la persona como un ser integral (Sánchez et al., 2013).

Conclusiones

En la sociedad actual, se ha vuelto cada vez más común hablar sobre la salud mental, ya que, desde hace unas décadas, se empieza a reconocer la importancia que esta representa para el bienestar y el equilibrio de las personas y las sociedades. Sin embargo, en el grueso de la población continúa latente la idea de que estos temas se hablan en privado y en voz baja, que asistir al servicio de salud psicológica o psiquiátrica es sólo para quienes viven con algún tipo de trastorno, y se hace referencia a ellas y ellos utilizando ciertas etiquetas negativas y que fomentan el estigma y la discriminación.

Pero la salud mental, como todos los temas que atañen a la salud, se refiere a muchos otros aspectos de la persona, no sólo a la enfermedad. Hablamos de salud

mental cuando hacemos mención de la importancia de ser felices, de vivir relajadas/os y en armonía con nuestros entornos, de sentir y expresar lo que sentimos, de manifestar nuestras ideas y pensamientos, cuando hablamos de lo importante que es sentirnos amadas/os y tener la capacidad de amar, de ser respetadas/os y respetar a las demás personas, al entorno, a la naturaleza; al hablar sobre cómo vencimos a la adversidad y adquirimos más fuerza y confianza personal, cuando reconocemos nuestra valía, nuestras fortalezas y áreas de oportunidad, al establecer límites personales que nos protegen de daños físicos y emocionales, cuando reconocemos que queremos y podemos crecer como personas libres, plenas y realizadas estamos hablando también de nuestra salud mental.

Esta Guía de estudio contiene información de base científica que sustenta a la salud mental como un aspecto vital que se debe fomentar, proteger y preservar, y te ayudará a comenzar a reconocer la importancia que tiene el implementar prácticas de autocuidado y estrategias que te serán de utilidad para lograrlo.

Referencias bibliográficas

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of affective disorders*, 88(1).
doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.004
- Aldrete, M., Pando, M., Aranda, C., & Balcázar, N. (2003). Síndrome de Burnout en Maestros de Educación Básica, Nivel Primaria de Guadalajara. *Investigación en salud*, 5 (1).
redalyc.org/pdf/142/14200103.pdf
- Alpízar, H. & Salas, D. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Revista electrónica de estudiantes de Psicología, Universidad de Costa Rica*, 5(1).
revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1188
- American Psychiatric Association. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (s.f.). Comprendiendo el estrés crónico.
apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico
- American Psychological Association. (s.f.). El camino a la resiliencia.
apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino

- American Psychological Association. (s.f.). Salud mental/corporal. Estrés.
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres>
- Angell, B., Cooke, A., & Kovac, K. (2005). First-Person Accounts of Stigma. en P. W. Corrigan (ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 69–98). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10887-003>
- Arciniega, R. (2005). El Acoso Moral (mobbing) en las organizaciones laborales. *Psicología Iberoamericana*, 17(2).
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609003.pdf>
- Arévalo Contreras, S. E., & Oliva, F. E. (2016). Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G. / Drug Use and Perceptions of Risk Youth CUValles U. of G. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 5(10).
<https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/201>
- Arguís Rey, R., Bolsas Valero, A. P., Hernández Paniello, S., & Salvador Monge, M. (eds.).(2012). *Programa "AULAS FELICES" Psicología Positiva aplicada en la educación*.
<https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/203401/Aulas+felices+documentaci%C3%B3n.pdf/3980650d-c22a-48f8-89fc-095acd1faa1b>
- Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employed adults. *Journal of psychosomatic research*, 65(1).
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.01.012>
- Bazzano, A. N., Anderson, C. E., Hylton, C., & Gustat, J. (2018, 10 de abril). Effect of mindfulness and yoga on quality of life for elementary school students and teachers: results of a randomized controlled school-based study. *Psychology research and behavior management*, 11.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S157503>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *J Psych Res.*, 44(11).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20144464/>
- Bisquerra Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista De Investigación Educativa*, 21(1).
<https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>

- Black, D. S., & Fernando, R. (2013, 19 de junio). Mindfulness Training and Classroom Behavior Among Lower-Income and Ethnic Minority Elementary School Children. *Journal of child and family studies*, 23(7).
<https://doi.org/10.1007/s10826-013-9784-4>
- Borges G., Wang, P.S., Medina-Mora, M.E., Lara, C. & Chiu, W.T.(2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, 97(9).
https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2006.090985?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
- Bosqued, M. (2006). Quemados. El síndrome del burnout ¿Qué es y cómo superarlo? Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *Apego y la pérdida: Vol.3*. Basic Books.
http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/bowlby_vinculo_apego_perdida_07-09_m1.pdf
- Bowlby, J. & Ainsworth, M. (1952). *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization. Ginebra.
<https://pages.uoregon.edu/eherman/teaching/texts/Bowlby%20Maternal%20Care%20and%20Mental%20Health.pdf>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 (5).
https://www.researchgate.net/publication/232490779_The_Origins_of_Attachment_Theory_John_Bowlby_and_Mary_Ainsworth
- Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales, en R. Fernandez Ballesteros y J.A. Carroles (comps.) *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones (3ra edición)*. Pirámide.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
<https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluaci%C3%B3n-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>
- Carbonell, O.A., Alzate G., Bustamante, M.R. & Quiceno, J. (2002). Maternal Caregiving and infant security in two countries. *Development psychology*, 38.
<https://psycnet.apa.org/record/2001-10047-006>
- Caudevilla, F. (2008) Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Grupo de Intervención de drogas*.
<https://es.calameo.com/read/0058916695c1c42cc25b6>

- Centro para la Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Kansas. (s.f.). *Comprender los factores de riesgo y de protección: Su uso en la selección de objetivos potenciales y estrategias prometedoras para las intervenciones*.
<https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/analizar/elegir-y-adaptar-intervenciones-comunitarias/factores-de-riesgo-y-proteccion/principal>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2021, 16 de febrero). *La salud mental de los niños*.
<https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/basics.html>
- Chaim, E. (2015, 26 de octubre). "Duelo: Una mirada desde diferentes perspectivas". *Revista Thanatos* (19).
<https://spm.mx/duelo-una-mirada-desde-diferentes-perspectivas/>
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: support for the use of daily hassles. *British journal of psychology*, 81.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1990.tb02373.x>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017, 28 de noviembre). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*
<https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Consejo Nacional de Población. (2018, 15 de marzo). *Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años. Niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016*.
<https://www.gob.mx/conapo/documentos/fecundidad-en-ninas-y-adolescentes-de-10-a-14-anos>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Mental Illness and Dangerousness: Fact or Misperception, and Implications for Stigma. En P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (p. 165–179). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10887-007>
- De Hoyos López, M. C. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátr Esp* 73(2).
<https://www.neurologia neonatal.org/wp-content/uploads/2018/05/ENTENDEMOS-LOS-ADULTOS-EL-DUELO-NIN%CC%83OS-ACTA-PEDIATRICA.pdf>
- Degenhardt, L., Chiu, W-T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., ... Wells, J. E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS Medicine*, 5(7).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050141>

- Diario Oficial de la Federación. (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo17079.pdf>
- Díaz P. (2016). *Hablemos de duelo - Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Artes Gráficas Tiempo de Producción.
- Durán, C. M. (2009). Normas y límites. *Innovación y Experiencias Educativas*, 22.
- Federación Mexicana de Diabetes. (2015, 05 de enero). El estrés provoca ansiedad y depresión.
<http://fmdiabetes.org/el-estres-provoca-ansiedad-y-depresion/>
- Fernández Alonso, M.C., & Herrero Velázquez, S. (2014) Atención a situaciones de violencia en atención primaria. En Martín, A., Cano, P., & Gené, J. (eds.) *Atención primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=683671>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (s.f.). *Algunas cifras*.
<https://unicef.org.mx/sumate-contra-la-violencia-infantil/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (s.f.). *La violencia de género en situaciones de emergencia*.
https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.htm
- Freud, S. (1915). *Duelo y melancolía*. Amorrortu.
<http://files.usal-psiopatoinfanto.webnode.com.ar/200000162->
- Gaeta González, L. & Galvanovskis Kasparane, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2).
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- Ganso, H. (2014). Uso del tiempo libre. Indicadores psicofísicos de estrés académico en estudiantes universitarios de la UNQUI. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-035/501.pdf>
- Gastaldi, F., Pasta, T., Longobardi, C., Prino, L. & Quaglia, R. (2014). *Measuring the influence of stress and burnout in teacher-child relationship*. *Eur.j.Educ.Psychol.* 7(1).
[doi:10.1989/ejep.v7i1.149](https://doi.org/10.1989/ejep.v7i1.149)

- Gómez González B., & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1).
<http://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm061-05.pdf>
- Gorbeña Etxebarria S. (Editora). (2000). *Ocio y salud mental*. Instituto de Estudios de Ocio. Universidad de Deusto.
http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio14.pdf
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En J. J. Gross (ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.
- Güell, M. (2006). ¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro? Técnicas asertivas para el profesorado y formadores. GRAÓ
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*, 27(6).
[https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00298-8](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00298-8)
- Herrera Torres, L., Buitrago Bonilla, R. E., Perandones González, T. (2015). Psicología Positiva e Inteligencia Emocional en Educación. DEDiCA. REVISTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES, 8.
https://www.researchgate.net/publication/301778623_Psicologia_Positiva_e_Inteligencia_Emocional_en_Educacion
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview. En Cassidy, J. & Shaver, P. (eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Publications.
- Hoffman, K, Cooper, G, Powell, B. (2017). *Cómo criar un niño seguro*. Medicci.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (s.f.). *The Lancet: Las últimas estimaciones de las enfermedades mundiales revelan la "tormenta perfecta" del aumento de enfermedades crónicas y la ineficacia de la salud pública que impulsan la pandemia de COVID-19*. University of Washington.
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD-2019-News-Release_Spanish.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). *Defunciones por homicidios*.
https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). *Encuesta nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*.
<https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2018/>

- International Foundation for Gastrointestinal Disorders. (2019, 02 de octubre). ¿Respondes con el intestino?
<https://www.iffgd.org/en-espanol/respondes-con-el-intestino.html>
- Ireland, J.L. y Snowdem, P. (2002). Bullying in secure hospitals. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13(3).
https://www.researchgate.net/publication/233633822_Bullying_in_secure_hospitals
- Juárez-García, A. Idrovo, A.J., Camacho-Ávila A., Plasencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de Burnout en población Mexicana: una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2).
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58231307010.pdf>
- Kabat-Zinn J. (2006, 11 de mayo). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 10(2)
- Kubler-Ross, E. (1992). Los niños y la muerte. Luciérnaga.
- Lacunza, A.B. & Contini, E.N. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*, 16(2).
<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
- Lagarde, M. (s.f.). *¿A qué llamamos feminicidio? 1er Informe Sustantivo de actividades 14 de abril 2004 al 14 abril 2005*. Comisión Especial para Conocer y dar seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada
https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/marcela_lagarde/feminicidio.pdf
- Lagarde, M. (2005). El feminicidio, delito contra la humanidad. En *Feminicidio, Justicia y Derecho* (pp 151-164). Comisión Especial para Conocer y dar Seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.

- Leddy, S. & Pepper, J.M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Organización Panamericana de la Salud.
https://issuu.com/enfermeriarecursos/docs/bases_conceptuales_de_la_enfermeria
- Lever, N., Mathis, E., & Mayworm, A. (2017). School Mental Health Is Not Just for Students: Why Teacher and School Staff Wellness Matters. *Report on emotional & behavioral disorders in youth, 17(1)*.
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J.C., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Naghavi, M., Wang, H., Vos, T., Lopez, A.D., & Murray, C.J.L. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México, 55(6)*.
- Macías, M.A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Individual and family coping strategies when facing psychological stress situations. *Psicología desde el caribe, 30(1)*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007
- Maier, H. (2012) *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget, Sears*. Amorrortu.
- Main, M. (2000). Attachment theory. En Kazdin, A. (ed.) *Encyclopedia of Psychology*. American Association and Oxford University Press.
- Martínez-Lugo, Miguel E. (2006). El acoso psicológico en el trabajo: La experiencia en Puerto Rico. *Aletheia (24)*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013462003>
- Martínez, M. (1995). *Educación del ocio y tiempo libre con actividades físicas alternativas*. ESM.
- Maslach C., Jackson S.E. & Leiter M.P. (1996). *Maslach burnout inventory*. Consulting psychologist Press.
- Mayo Clinic. (2019, 28 de marzo). Alivio del estrés: Cuándo y cómo decir que no.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-relief/art-20044494>
- Mayo Clinic. (2019). Síntomas de estrés. Consecuencias en tu cuerpo y en tu conducta.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-symptoms/art-20050987>

- Mayo Clinic. (2020, 21 de enero). Pensamiento positivo: detén el diálogo interno negativo para reducir el estrés.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/positive-thinking/art-20043950>
- Mayo Clinic. (2020, 27 de octubre). Resiliencia: desarrolla habilidades para resistir frente a las dificultades.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/resilience-training/in-depth/resilience/art-20046311>
- McCormick, B. (1999). Contribution of social support and recreation companionship to the life satisfaction of people with present mental illness. *Therapeutic recreation Journal*, 33.
- McNutt, L., & Watson, M. (2015, 08 de mayo). Self-care: Managing compassion fatigue. *InnovAiT*, 8(6).
<https://doi.org/10.1177%2F1755738015581026>
- MedlinePlus. (2018, 08 de marzo). Técnicas de relajación para el estrés.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000874.htm>
- MedlinePlus. (2020, 27 de enero). El estrés y su corazón.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000768.htm#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20aumenta%20la%20presi%C3%B3n,coraz%C3%B3n%20palpite%20fuera%20de%20ritmo>
- Merino-González, S. (2017, 20 de enero). La carpeta de las emociones: Proyecto didáctico para segundo ciclo de Educación Infantil. *Universidad Internacional de La Rioja Facultad de Educación*.
<https://reunir.unir.net/handle/123456789/4758>.
- Ministerio de Educación. (s.f.). *Prevención y autocuidado*.
<http://convivenciaescolar.mineduc.cl/formacion-para-la-vida/prevencion-y-autocuidado/>
- Miranda, G. (2006). El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. *Pasos: revista de turismo y patrimonio cultural*, 4(3).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2030852>
- Monsalve Serrano, J. (2013). Gestión de la inteligencia emocional emprendedora. Jóvenes, Talento y Perfil Emprendedor. *Instituto de la Juventud*.
http://www.injuve.es/sites/default/files/Guia%20Jovenes%2C%20talento%20y%20perfil%20emprendedor_0.pdf

- Montgomery, C., & Rupp, A. A. (2005). A meta-analysis for exploring the diverse causes and effects of stress in teachers. *Canadian Journal of Education*, 28(3).
- Motta Cárdenas, F. (2008). El acoso laboral en Colombia. *Revista VIA IURIS*, (4).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2739/273921002006>
- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 8(1).
<https://www.redalyc.org/pdf/447/44780111.pdf>
- National Institute of Drug Abuse. (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. Sitio web: Recuperado de:
https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
- National Institutes of Health. (2016). *Meditation: In depth*.
<https://www.nccih.nih.gov/health/meditation-in-depth>
- National Institutes of Health. (s.f.). 5 cosas que usted debe saber sobre el estrés.
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/5-cosas-que-usted-debe-saber-sobre-el-estres/index.shtml>
- Nuviala, A., Ruiz-Juan, F., & García Montes, M. E. (2015). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes. La influencia de los padres. *Retos*, 6.
<https://doi.org/10.47197/retos.v0i6.35078>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención De Los Trastornos Mentales, Intervenciones efectivas y opciones de políticas, Informe compendiado*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Qué es la promoción de la salud?*
<https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2019, 28 de noviembre). *Trastornos mentales*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud Mental fortalecer nuestra respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud mental*.
<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- Osiris, R., Guerrero, G., Herrera, A., Ascencio, L., Rodríguez, M., Aguilar, I., ... & Ibarreche, J. (2020). *Manual operativo del curso para el acompañamiento del duelo en situaciones especiales durante la pandemia de la covid-19 en México*.
- Perren, S., & Sticca, F. (2011). *Bullying and morality: Are there differences between traditional bullies and cyberbullies?* [póster]. SRCD Biennial Meeting, Montreal, Canadá.
- Piñuel y Zavala, I., (2001). Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo *Sal Terrae*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000371&pid=S0121-5051200700010000400053&lng=en
- Przybylski, A. K., & Bowes, L. (2017). Cyberbullying and adolescent well-being in England: a population-based cross-sectional study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1(1).
[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642\(17\)30011-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642(17)30011-1.pdf)
- Regueiro, R. & León O.G. (2003). Estrés en decisiones cotidianas. *Psicothema*, 15(4).
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72715404.pdf>
- Rholes, W.S., Simpson, J.A., Campbell, L., & Grich J., (2011). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3).
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.81.3.421>
- Rojas, A.M. (2005). El acoso o «mobbing» laboral. *Revista de Derecho*, 24.
<https://www.redalyc.org/pdf/851/85102409.pdf>
- Sánchez, L., Jurado, L. & Simoes. (2013). Después del trabajo ¿qué significado tiene el ocio, el tiempo libre y la salud? *Paradigma XXXIV* (1), 31-51.
<http://ve.scielo.org/pdf/pdg/v34n1/art03.pdf>
- Santrock, J.W. (2007) *Desarrollo Infantil*. 11ªed. McGrawHill.
- Schenk, A. M., & Fremouw, W. J. (2012). Prevalence, psychological impact, and coping of cyberbully victims among college students. *Journal of school violence*, 11(1).
https://www.researchgate.net/publication/233150757_Prevalence_Psychological_Impact_and_Coping_of_Cyberbully_Victims_Among_College_Students
- Selva, Joaquín. (2020, 16 de octubre). How to Set Healthy Boundaries.
<https://positivepsychology.com/great-self-care-setting-healthy-boundaries/>

- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J.A., Rivera-Dommarco, J. (2020). Encuesta nacional de salud y nutrición 2018-19. Resultados nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
<https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
- Solyizko, I. (2013). Femicidio y feminicidio: Avances para nombrar la expresión letal de la violencia de género contra las mujeres. *GénEros*, 20(13).
<http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/698/0>
- Soria-Saucedo, R., Lopez-Ridaura, R., Lajous M., Wirtz V. (2018) The prevalence and correlates of severe depression in a cohort of Mexican teachers. *Journal of Affective Disorders*, 234.
<https://daneshyari.com/article/preview/8815494.pdf>
- Soriano, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*. Revista electrónica trimestral de enfermería, 26.
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>
- Sroufe, L.A. Egeland, B., Carlson E.A., Y Collins W.A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. Guilford Press.
- TherapistAid. (2016). ¿Qué son los límites personales?
<https://www.therapistaid.com/worksheets/boundaries-psychoeducation-printout-spanish.pdf>
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3).
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.409>
- Universidad de Guadalajara. (2010, 27 de marzo). Estrés, facilita el consumo de sustancias y provoca depresión.
<https://www.udg.mx/es/noticia/estres-facilita-el-consumo-de-sustancias-y-provoca-depresion>
- Van Lizen Doorn, MH. & Sagi, A. (1999) Cross-cultural patterns of attachment. En Cassidy & Shaver (eds.) *Handbook of attachment theory, research and clinical applications*. The Guilford Press.

- Vazsonyi, A. T., Machackova, H., Sevcikova, A., Smahel, D., & Cerna, A. (2012). Cyberbullying in context: Direct and indirect effects by low self-control across 25 European countries. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(2).
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1080%2F17405629.2011.644919>
- Verona Martel, M.C., Déniz Mayor, J.J & Santana Mateo, R. (2014). Consecuencias y responsabilidades de la empresa ante el mobbing. *Ciencia y Sociedad, 39*(3).
<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=73318918002>
- Victor, A.F., Lopes, M.V.O., Araujo, T.L. (2010). Teoría del déficit de autocuidado: análisis de su importancia y su aplicabilidad en la práctica de la enfermería.
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
- Weare, K., & Nind, M. (2011, 01 de diciembre). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health promotion international, 26*(1).
<https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Yang, X., Ge, C., Hu, B., Chi, T., & Wang, L., (2009). Relationships between quality of life and occupational stress among teachers. *Public Health, 123* (11).
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.09.018>