

Salud mental positiva en una muestra de estudiantes mayas, USAC, Guatemala

*Positive mental health in a sample of Mayan students, USAC, Guatemala*Francisco José Ureta Morales Universidad Internacional Iberoamericana UNINI
fureta@psicousac.edu.gtMavis Omelinda Rodríguez Solís Universidad de San Carlos de Guatemala
mrodriguez@psicousac.edu.gtElena María Soto Solares Universidad de San Carlos de Guatemala
esoto@psicousac.edu.gt**Recibido:** 10/10/2023**Aceptado:** 03/11/2023**Publicado:** 29/11/2023**Resumen**

La principal tendencia en los estudios de salud mental ha sido la identificación de trastornos psicológicos en la población, este estudio aporta en otro sentido, desde la psicología positiva que postula la salud mental positiva (SMP). Se aplicó la escala de SMP de Lluch (1999) a una muestra de 593 estudiantes indígenas mayas universitarios, seleccionada de forma intencional en 5 unidades académicas de la USAC para balancear la cantidad de hombres y mujeres y, residentes de la capital y del interior del país. La escala de SMP obtuvo un $\alpha = 0.760$, posee consistencia interna y resultados confiables. La SMP de la muestra es regular ya que obtuvo una $M = 93.4$, las subescalas más bajas fueron satisfacción personal y autocontrol, las más elevadas fueron actitud prosocial, autoconocimiento, resolución de problemas y actualización y, habilidades de relaciones interpersonales. Los hombres tienen mayor promedio de SMP que las mujeres con una significancia de $p < .009$, el tamaño del efecto es grande; las mujeres tienen mayor promedio de autonomía que los hombres con una significancia de $p < .001$, el tamaño del efecto es pequeño. Asistir a psicoterapia mejoró las relaciones interpersonales de los estudiantes de la muestra al compararlos con los que no la han tenido, con una significancia de $p < .05$, el tamaño del efecto es pequeño. Se encontró una correlación negativa nula entre la edad y la SMP con una significancia de $p < .05$, evidencia de patrones conductuales estables que no cambian con el paso de los años.

Palabras clave

Salud mental positiva, estudiantes universitarios mayas, actitud prosocial, relaciones interpersonales, autonomía, autocrítica

Abstract

The main trend in mental health studies has been the identification of psychological disorders in the population; this study contributes in another sense, from positive psychology that postulates positive mental health (SMP). Lluich's SMP scale (1999) was applied to a sample of 593 indigenous Mayan university students, intentionally selected in 5 academic units of the USAC to balance the number of men and women and residents of the capital and the interior of the country. The SMP scale obtained an $\alpha = 0.906$, has internal consistency and reliable results. The SMP of the sample is regular since it obtained $M = 93.4$, the lowest subscales were personal satisfaction and self-control, the highest were prosocial attitude, self-knowledge, problem solving and updating, and interpersonal relationship skills. Men have a higher average SMP than women with a significance of $p < .760$, the effect size is large; women have a higher average autonomy than men with a significance of $p < .001$, the effect size is small. Attending psychotherapy improved the interpersonal relationships of the students in the sample when compared to those who had not had it, with a significance of $p < .05$, the effect size is small. A null negative correlation was found between age and SMP with a significance of $p < .05$, evidence of stable behavioral patterns that do not change over the years.

Keywords

Positive mental health, Mayan university students, prosocial attitude, interpersonal relationships, autonomy, self-criticism

Introducción

La salud mental es un concepto dinámico y cambiante, se le considera un proceso permanente de equilibrio que promueve el crecimiento personal. Desde las visiones de varios autores se analiza la salud mental como un ideal a conseguir, se va hacia la salud que se antoja inalcanzable pero que es deseable (Jahoda, 1958; Tizón, 1996 y Lluch, 1999). Según la OMS que la definió como “un estado de bienestar en el cual, el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad de hacer contribuciones a la comunidad.” (Muñoz et al., 2016, p. 166).

Psicología positiva

El presente estudio se aborda desde la psicología positiva de Martin Seligman, quien tras dedicarse al estudio sobre indefensión aprendida y a la psicopatología, decidió enfocarse en otros temas, como el estudio en donde se concentró en las virtudes y fortalezas humanas. Se orientó a estudiar de forma científica las experiencias y rasgos individuales que resultan positivos a las personas, así como las instituciones que los promueven y los programas que fomentan la calidad de vida. Todo esto para ver cómo se reduce la psicopatología, por lo tanto, la psicología positiva se podría definir como el estudio por medios científicos de las virtudes y fortalezas de las personas, que les permiten tener una visión orientada al potencial, capacidades y motivaciones humanas (Contreras, 2006).

En la teoría psicológica los antecedentes de la psicología positiva se ubican con James (1902) y Allport (1958), dentro de la psicología humanista se mencionan a Rogers (1951,1961), Jahoda (1958), Maslow (1954,1968), Vaillant (1977), Deci y Ryan (1985), Erickson (1963,1982) y Ryff y Singer (1996) (como se citaron en Lupano y Castro, 2010). El modelo de Jahoda (1958) y otros son la base para el enfoque más actualizado y de uso más generalizado trabajado por Ryff (1989) (como se citó en Hervás, 2009). Este modelo postula el bienestar fundamentado en el funcionamiento psicológico óptimo, cuyo resultado podría sugerir que el componente hedónico que establece equilibrio entre emociones negativas y positivas podría estar aislado del bienestar.

Salud mental positiva

Como parte de la psicología positiva se ha afianzado la perspectiva de la salud mental positiva, aunque al momento no hay una definición universal y consensuada de la salud, la teoría indica varios intentos de concretar el concepto desde variados enfoques que incluyen la psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, antropología y otras. Hay establecidas tres perspectivas no coincidentes sobre la salud mental. La primera la considera desde una visión negativa o positiva (fundamento de este estudio), la que considera la visión de la normalidad, así como desde una perspectiva de múltiples criterios (Lluch, M. 1999). El enfoque negativo la conceptúa desde la enfermedad, salud significa ausencia de enfermedad y se busca curarla. Se basa en el abordaje de trastornos mentales y tiene un enfoque asistencial para curar a los enfermos. Por el contrario, el enfoque positivo la define por medio de

la salud. Su base implica que es más que solo la falta de enfermedad, busca abordarla desde prevención, curación y promoción. Esta permite el funcionamiento óptimo de las personas, por lo que se valora mucho más las cualidades presentes en las personas, se busca facilitar su mayor desarrollo posible (Lluch, M. 1999).

La concepción de salud mental positiva (SMP) fue propuesta según Luján et al., (2021) por Jahoda en 1958, vinculó la promoción de la salud mental desde los modelos comunitarios de intervención que la promueven y no solo la previenen. Incluyó criterios para definir un estado multidimensional de salud mental positiva, los cuales se pueden aplicar a personas con patología psicológica y a personas sanas psicológicamente (Luján et al., 2021). El modelo que Jahoda en 1958 describió fue del tipo multidimensional de salud mental positiva, basado en varias teorías y hallazgos de investigación. Se distinguieron seis criterios: 1) actitudes de las personas con ellas mismas, 2) nivel de desarrollo, crecimiento, y realización personal, 3) Coherencia y continuidad de la personalidad, 4) autonomía y autodeterminación, 5) una adecuada percepción de la realidad y, 6) dominio del medio ambiente (González et al., 2021). No fue sino hasta finales del siglo pasado, cuando:

Lluch (1999) adaptó y evaluó el modelo de salud mental de Jahoda y propuso un modelo multifactorial de SMP, en el que consideró que existe una estrecha interrelación entre la salud física y la salud mental, planteando la salud desde una perspectiva holística, diferenciando entre el concepto y el

constructo. Como concepto definió los términos de felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida, y posteriormente los conceptos de prevención y promoción. Como constructo, lo definió con dimensiones o términos de manera más específica, siendo seis factores los que configuraron el modelo multifactorial de SMP: satisfacción personal (F1), actitud prosocial (F2), autocontrol (F3), autonomía (F4), resolución de problemas y autoactualización (F5) y habilidades de relación interpersonal (F6) (Luján et al., 2021, p. 6).

Fomentar SMP implica trabajarla desde la perspectiva positiva, es un valor y recurso, un derecho humano fundamental para el crecimiento económico y social. La salud mental positiva es un factor importante contra las enfermedades mentales (Teixeira et al., 2020). La cual se orienta principalmente a promover la salud mental para fortalecer y desarrollar el desempeño inmejorable de las personas. Lluch (2008) indica que hay que conocer varios conceptos sobre la salud mental positiva: no siempre se está feliz y contento, se busca un mundo ideal, pero se nace, muere y vive en el ciclo vital complejo, por lo que tenemos sentimientos positivos y negativos. También implica manejar bien las emociones, tristeza cuando es oportuno, pero con posibilidad de funcionar de manera individual y social, es un enfoque más de la vida cotidiana en la psicología cuando se promueve la salud mental y, que es un concepto que aún está en construcción.

Para este concepto se tienen fuertes conexiones y que son cambiantes, la salud

mental y física a lo largo del ciclo de la vida (Teixeira et al, 2020). En el trabajo resumido sobre promocionar la salud mental del año 2004, se identifican según la OMS, varios enfoques aplicados que denomina la SMP, los cuales se alejan de los formatos biomédico y comportamental. Los principales enfoques citados en este informe fueron la salud mental de Jahoda, el fundado en los tipos de personalidad, el bienestar subjetivo o psicológico de Diener y de Ryff, así como el de Keyes sobre el bienestar social. Se mencionaron también el concepto de resiliencia, el modelo psicoanalítico, la calidad de vida y el salutogénico (Muñoz et al., 2016).

Psicología cultural y elementos de la cultura maya

La psicología cultural tiene una dilatada y amplia historia de desarrollo y consolidación, actualmente se puede afirmar que la psicología cultural, no es un área de aplicación de la psicología sino una tendencia total de la psicología, ya que ha establecido una sólida teoría, práctica y metodología de investigación que incluye y considera el esplendor histórico, social y situado en contextos específicos para la interpretación de la conducta humana (Ureta, 2023a). Markus y Hamedani (como se citaron en Guitart, 2011) la definieron así: “La psicología cultural es un modo de entender la teoría y práctica psicológica que asume la idea que la cultura y la mente son inseparables ya que se “constituyen mutuamente” (p. 66).

Guatemala posee riqueza cultural y lingüística conformada por 4 culturas y 25 idiomas, 22 mayas, garífuna, xinka y español. De acuerdo con los resultados del último censo de población de Guatemala, el Instituto Nacional

de Estadística [INE] (2018), la población total son 14,901,286. La población por pueblos o culturas indica que 6,207,503 son mayas (41.66%), 19,529 garífunas (0.13%), 264,167 xinkas (1.77%), afrodescendientes 27,647 (0.19%), 8,346,120 ladinos (56.01%) y 36,320 extranjeros (0.24%). Por lo que se puede afirmar que casi la mitad de la población practica una cultura diferente a la ladina occidental.

La cultura maya se fundamenta en su cosmovisión, el mundo era gobernado por un orden cósmico unificado y variado, donde los reinos natural y sobrenatural estaban unidos. El mundo y todos sus elementos están vivos y son sagrados, generalmente esta espiritualidad animista se vive en familia y comunidad, inicialmente el jefe de la familia realizaba las ceremonias de agradecimiento y de otro tipo; posteriormente con el desarrollo de la sociedad maya, surgió una más compleja dirigida por los guías espirituales, basada en los mismos conceptos fundamentales. (Cabarrús, 1979; De Paz y De Paz, 1991 y Thompson, 1984).

Consideraron al tiempo como un desfile interminable de cargadores divinos peregrinando por el camino infinito, cada uno con su propia división del tiempo sobre sus espaldas. En el desfile existen jornadas de caminar y descansar, así como influencias positivas y negativas ejercidas por cada divinidad y las energías correspondientes sobre los días o ciclos del calendario; concepción surgida de la estrecha relación entre el hombre, los dioses y la naturaleza, unión que le brinda sentido al tiempo. La unidad básica del tiempo era el día o Kin, conceptualizado por la trayectoria del sol

que baja o muere y cuando renace es joven nuevamente. La concepción del tiempo influyó significativamente en la cultura total de los mayas, marcando los períodos propicios para la siembra, guerra, comercio, ritos religiosos, avances científicos, casta sacerdotal, artes y los nombres que llevarían las personas según el día que nacieron. (Ureta, 1995; Girard, 1977 y Thompson, 1988).

Su concepción de salud se fundamenta en los conceptos de equilibrio y desequilibrio, para mantener la salud las personas deben mantener armonía con la sociedad, la naturaleza y la divinidad. El rompimiento del equilibrio en cualquiera de éstas tres relaciones ocasiona enfermedades, para recuperar la salud hay que restablecer el equilibrio perdido. Específicamente hay que mantener el equilibrio del calor y el frío, categorías asociadas con la temperatura y ciertas características de las personas, animales y objetos. La armonía con la sociedad se quiebra cuando se viola el código de la conducta social; la armonía con la divinidad se rompe por ejemplo si las personas no viven su espiritualidad maya, muestran falta de fe o no cumplen sus deberes espirituales; en ambos casos, podían ser castigados con una enfermedad. (Soustelle, 1990; Girón, 1979 y Villatoro, 2005 y 1983).

Como parte del acercamiento de la ciencia psicológica occidental y las concepciones locales de salud mental, se ha analizado la definición de salud mental desde las concepciones culturales de personas en tratamiento psicológico. Torres-López et al. (2015) proponen la siguiente definición de salud mental con base a ese estudio:

la salud mental es el bienestar, la salud y la cordura que se logra con el apoyo de profesionales e instituciones de salud. Se conceptualizó además como un estado de equilibrio, tranquilidad, paz, armonía, amor, felicidad, plenitud, entusiasmo, seguridad y congruencia. Por el contrario, la falta de salud mental puede ocasionar algunos trastornos mentales (neurosis, psicosis, depresión). (p. 35).

También hay que mencionar que la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) (2003) elaboró la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GDLAP). Por primera vez incluía un apartado de Etnopsiquiatría Latinoamericana, incluyeron los síndromes culturales latinoamericanos. Los síndromes culturales incluidos son: ataque de nervios, susto o espanto, el bla, bilis o derrame de bilis, colerina, mal de ojo u ojo, muina, síndrome de la nevada, atontado y brujería. Los cuales fueron definidos de esta forma:

Los trastornos específicos de ciertas culturas son trastornos no relacionados entre sí pero que tienen, en común, dos rasgos característicos: 1) No se pueden situar con facilidad dentro de las categorías que se han establecido internacionalmente para uso psiquiátrico. 2) Se han descrito, en primer lugar, en ciertas poblaciones o áreas culturales, y posteriormente parece que están de manera exclusiva restringidos a estas poblaciones. (APAL, 2003, p. 216).

Para poder interpretar apropiadamente los resultados de esta investigación,

hay que considerar también elementos propuestos desde la cultura maya, como las 13 fortalezas que tienen las personas del pueblo maya (Vásquez, 2023). Estas fortalezas están relacionadas con el número 13 que representa los niveles del supra e inframundo, las 13 articulaciones mayores del cuerpo, los 13 orificios del cuerpo humano, así como las energías con las que se nace según el calendario maya Cholq'ij de 260 días, cada día del calendario se asocia con una fortaleza. La primera es la capacidad de resiliencia, posibilidad de sobreponerse a los golpes o experiencias de la vida y desastres naturales y provocados por el ser humano, la segunda es la voluntad de ser, existir y trascender como su tendencia a la conservación, sobrevivencia y mantenimiento de su identidad. La tercera fortaleza es la valentía para luchar por el cambio, poder enfrentar peligros, circunstancias adversas y aprovechar las oportunidades que se tengan en la vida. La cuarta fortaleza son las raíces históricas y culturales profundas, desarrollan sus historia e identidad y la satisfacción a donde han llegado en la vida.

La quinta es la capacidad de resistencia pacífica, conforman una estrategia de resistencia sin violencia, con la intención de cambios y mejoras sociales y culturales, evidencian una obediencia superficial ante las imposiciones violentas y continúan su organización comunitaria, practicar sus idiomas y cultura. La sexta fortaleza es el alto espíritu comunitario, conforman una comunidad con conciencia de pertenencia, cooperación comunitaria en sus acciones y trabajo. Por lo que se puede afirmar:

Los adultos invierten más o menos 20 días al año en labores de servicio comunitario, los directivos comunitarios en su año de servicio invierten más días en este trabajo. Es una de las principales y más arraigadas características de la identidad maya, les ha permitido sobrevivir y fomentar el bien común. (Ureta, 2023, p. 179).

La siguiente fortaleza es la cosmovisión armoniosa con la Madre Tierra, en esta cada cuerpo celeste y accidentes geográficos tienen una energía que los influye y protege a las personas, seres vivos y elementos de la naturaleza. Por ello hay que mantener un equilibrio con la naturaleza y poder manejar apropiadamente el medio ambiente y tratar de reducir los efectos del cambio climático. En la octava fortaleza del pueblo maya se ubican la perseverancia y disciplina, conforman las energías antagónicas pero armónicas, por ellas pudieron conservar su cultura por 500 años de opresión, sirven para alcanzar sus metas colectivas, individuales y familiares. La siguiente fortaleza son la responsabilidad laboral y sobriedad en consumir, promueve la útil existencia de ellos y ellas por medio de su trabajo; apoya la competitividad, ahorro, responsabilidad, reutilización de insumos y la realización personal.

La décima fortaleza es la autodeterminación, “es la cualidad de un pueblo de autogobernarse en ciertos campos de su vida. Hay autodeterminación (...) completa cuando se ejerce dentro del Estado propio, sin la presencia de otros pueblos.” (Vásquez, 2023, p. 23). La décimo primera fortaleza se refiere a ser estudiosos y eruditos, les permite profundizar en la explicación y comprensión de los fenómenos y eventos vivenciados,

gusto por estudiar y reconocimiento de la sabiduría de sus ancestros y abuelos/as. La décimo segunda fortaleza es su capacidad de reconocer errores y ser críticos, evitan opiniones falsas y prejuicios, conocen sus limitaciones para tratar de superarlas. Debido a los siglos de exclusión y dominación les ha producido cierto grado de timidez y baja autoestima étnica y cultural. La última fortaleza es ser agradecidos, asociada al día Toj, se asocia a la reciprocidad, poder dar y recibir. “Es de sus principales valores y muy generalizado entre esta población, les crea una fuerza positiva hacia ellos mismos, se agradece a las energías y divinidades de su espiritualidad por la vida y todo lo que nos rodea.” (Ureta, 2023, p. 181-182).

Para dar un mayor fundamento teórico a este estudio y la interpretación de los resultados, se abordarán conceptos de la etnopsiquiatría o psiquiatría cultural. Se han citado tres enfoques del análisis etnopsiquiátrico: metacultural, transcultural y popular o folklórico; se analizará la etnopsiquiatría metacultural propuesta por Devereux en 1973 (como se citó en Aguirre, 2009), con la intención de confrontar y relacionar la cultura y lo normal-anormal de la mente, son conceptos coemergentes indicó Devereux (como se citó en Villaseñor, 2008). Esta percepción se basa en comprender y aplicar tratamientos psiquiátricos basados en los principios de la aculturación y deculturación, analiza los significados en cada cultura de las personas que se enferman, de donde surgen los que llamó desórdenes étnicos que están estructurados y armonizados culturalmente. Estos desórdenes, indicó que suponen una quiebra cultural o rompimiento del orden comunitario, cuando una persona se enferma

el cosmos de la comunidad donde pertenece o se ubica se altera o desequilibra.

Villaseñor (2008) señaló que la etnopsiquiatría debe partir de reconocer que todos tenemos un bagaje cultural, así como la subjetividad personal y cultural que tenemos como base para realizar un estudio objetivo. Hay que buscar un conocimiento profundo de las cosmovisiones que rodean las culturas, así como analizar y comprender las formas de prevenir y tratar las enfermedades mentales desde la visión indígena de los pueblos originarios de Latinoamérica. También señala que cada sociedad o grupo cultural elabora sus modelos característicos de expresiones psicopatológicas, lo cual produce una amplia expresión de ideas, palabras, escritura, signos y mímica que sirven de base para el análisis psicopatológico. “Es indispensable extender la concepción de la salud atendiendo tanto la enfermedad del paciente como al resto de los elementos que conforman su entorno social, lo cual implica sus redes de apoyo, su funcionamiento social, laboral, familiar y personal.” (Villaseñor, 2008, p. 212).

Finalmente, indica que hay un creciente interés en los países de Latinoamérica por abordar la psiquiatría cultural, con menciones de autores y aportes desde México, Guatemala, Venezuela, Uruguay, Puerto Rico, Perú, Ecuador, Cuba, Colombia, Chile, Brasil, Bolivia y Argentina (Villaseñor, 2009).

Colli (2019) apoya los aportes de la etnopsiquiatría indicando que las personas y sus patologías están asociadas a las culturas donde pertenecen, por lo que se enlaza

la mente y la cultura y hay que analizar los elementos de la cultura que están presentes en las personas. También indica que se pueden abordar las enfermedades originadas en las diferentes culturas, específicas de unas y no presentes en otras. Refiere que Comas-Díaz del 2011 (como se citó en Colli, 2019) es posible realizar una psicoterapia multicultural, basada en el entendimiento de la vida cultural de los pacientes por lo que debe indagar sobre su herencia cultural, la cultura de sus parientes y ancestros, el grupo cultural con que se identifica y su punto de vista del mundo, así como su religión y creencias. Finalmente propone una serie de estrategias de intervención culturalmente apropiadas que surjan desde las actitudes y creencias de la cultura de los pacientes, su conocimiento verdadero y el desarrollo de habilidades que le permitan orientarse culturalmente frente a sus pacientes, igualmente deberá tener y reconocer una identidad cultural el propio psicoterapeuta.

Materiales y Métodos

Esta investigación tuvo un enfoque positivista con la aplicación de una metodología cuantitativa y un diseño descriptivo y transversal, la aplicación del instrumento fue en formato digital. Se aplicó la Escala de salud mental positiva desarrollada por Lluch (1999), es un cuestionario de autoaplicación, con 39 ítems repartidos de la siguiente forma en sus 6 factores: factor 1 Satisfacción personal con 8 ítems, factor 2 actitud prosocial con 5 ítems, factor 3 autocontrol con 5 ítems, factor 4 autonomía con 5 ítems, factor 5 resolución de problemas y autoactualización tiene 9 ítems y, el factor 6 de habilidades de relación interpersonal posee 7 ítems. La

escala aplicada alcanzó un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.906$, resultado para considerarla confiable y con consistencia interna, fue diseñada y validada con “una muestra de 387 estudiantes de primer y segundo curso, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona” (Lluch, 1999, pág. 182). Se consideró que esta escala es oportuna para investigación porque fue diseñada y validada desde el idioma español y fue validada con jóvenes colombianos (Gómez-Acosta et al., 2020). Para el presente estudio se contó con la autorización de la autora para utilizarla, los estudiantes tomaron aproximadamente 20 minutos para contestar dicha escala.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, toda la información recopilada es anónima y confidencial. Se utilizó un consentimiento informado, basado en los principios éticos de bienestar, no maleficencia, autonomía y justicia, a cada cuestionario respondido en su totalidad se le asignó automáticamente en la plataforma virtual un código aleatorio que reemplazó la información personal del encuestado con un ID único. El criterio de inclusión es que estuvieran inscritos en el segundo semestre del año 2023 en las 5 unidades académicas seleccionadas por criterios de conveniencia: Facultad de Humanidades, Facultad de Agronomía, Facultad de Ingeniería, Escuela de Ciencias Psicológicas y el Centro Universitario de El Quiché (CUSACQ). Estos fueron los criterios de inclusión en la muestra intencionada conceptual. Para el caso de la Facultad de Humanidades debido a que tiene presencia “en todos los departamentos con 93 sedes, 57 carreras... 39,000 estudiantes” (Departamento de Relaciones Públicas, 2019, pág. 8) ofrecería información de todos los contextos del país, con predominancia de población femenina y de varios grupos étnicos y culturales que

conforman la sociedad guatemalteca. La Escuela de Ciencias Psicológicas tiene 4,611 estudiantes inscritos, la mayoría son mujeres (Departamento de Registro y Estadística, 2019). El criterio de inclusión de estudiantes de las Facultades de Ingeniería y Agronomía es que tienen población mayoritariamente masculina para balancear la muestra, en el caso de Agronomía son 2,046 estudiantes con cerca de dos terceras partes de estudiantes hombres. En el caso de Ingeniería su población es de 13,424 y tres cuartas partes son hombres (Departamento de Registro y Estadística, 2019).

En el caso del CUSACQ porque hubo que incluir población que se auto adscriben como indígenas, este centro es el reportado con mayor población indígena, el 11% de sus cerca de 2,642 estudiantes (Departamento de Registro y Estadística, 2019), lo cual se complementó con los estudiantes de la Facultad de Humanidades que tienen un reporte del 21% de sus estudiantes como indígenas en todos los departamentos donde tiene presencia (Departamento de Registro y Estadística, 2019). El instrumento se aplicó en línea, ubicado en los portales virtuales de las unidades académicas para asegurar la respuesta por ambos medios, en la aplicación en el CUSAQ y la Escuela de Ciencias Psicológicas se hizo con presencia y motivación de los investigadores, para que un mayor número de estudiantes indígenas respondieran. Finalmente, respondieron 593 estudiantes mayas, 257 hombres (43.3%) y 336 mujeres (56.7%), números apropiados para este estudio.

La aplicación del instrumento se hizo por la vía virtual con la aplicación SurveyGizmo, que genera una base de datos en Excel y se

trasladó al programa estadístico y se limpió la base de datos. Se realizó la exclusión de información de los casos incompletos del análisis y no se realizó imputación de datos faltantes. Se calcularon los índices de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, como también gráficos estadísticos de cajas e histogramas; prueba t de Student para la contrastación de promedios y análisis de varianza (ANOVA) y la prueba post hoc de Bonferroni cuando fueron más de dos grupos los comparados. Se calculó la consistencia interna con el índice Alfa de Cronbach, cuanto más homogéneos estén los ítems, aumentará la estimación de la consistencia interna de la cantidad establecida de ítems, el criterio es que debe ser igual o mayor a 0.6. ($p > .6$) (Ureta, 2023b), se obtuvo ($\alpha = .760$), por lo que se considera que la escala y los resultados son confiables.

Resultados

Como parte de la información que se pudo recolectar, el instrumento fue contestado por un total de 593 estudiantes que se autoidentificaron con la cultura maya y están inscritos en el segundo semestre del 2023 en las 5 unidades académicas seleccionadas. En los siguientes tres cuadros se puede observar la composición de esta muestra, en el tema del sexo está balanceada ya que hay 257 (43.3%) hombres y 336 mujeres (56.7%), predominan los estudiantes de las Facultades de Humanidades e Ingeniería, ubicados principalmente en el CUSACQ y campus central de la USAC. Esta ubicación de los estudiantes de la muestra podría indicar que son principalmente de los grupos lingüísticos k'iche' y kaqchikel, aunque podrían estar incluidos q'eqchi' también, lo importante es que se identificaron como mayas. Como parte de

las variables socioeconómicas recogidas se indica que predominan los estudiantes que trabajan (450; 66.6%), de religiones católica (326; 55%) y evangélica (192; 32.2%) y solteros (521; 99.2%). Sobre su salud mental predominan los que en los últimos tres meses no han asistido a sesiones de psicoterapia (556; 93.8%) y los que no han recibido tratamiento psicológico (498; 84%), solamente 9 (1.5%) reportaron que sí lo han recibido.

Tabla 1. Unidad académica a la que pertenecen los estudiantes de la muestra

Unidad Académica	Frecuencia	Porcentaje
Humanidades	184	31.0
Profesor de Enseñanza Media	115	19.4
Ingeniería	112	18.9
Ciencias Jurídicas y Sociales	81	13.7
Ciencias Económicas	40	6.7
Agronomía	30	5.1
Ciencias Psicológicas	21	3.5
Ciencias Físicas y Matemáticas	9	1.5
Arquitectura	1	.2
Total	593	100.0

Tabla 2. Centro universitario donde están inscritos los estudiantes de la muestra

¿En qué centro universitario está inscrito?	Frecuencia	Porcentaje
Centro Universitario de El Quiché –CUSACQ-	284	47.9
Campus Central (zona 12)	131	22.1
Otro	55	9.3
Centro Universitario de Sololá –CUNSOL-	48	8.1
Centro Universitario de Chimaltenango –CUNDECH-	26	4.4
CUM zona 11 ciudad Capital	24	4.0
Centro Universitario del Norte –CUNOR-	17	2.9
Centro Universitario de Occidente –CUNOC-	4	.7
Centro Universitario del Nor Occidente –CUNOROC-	2	.3
Centro Universitario de Sur Oriente –CUNSURORI-	1	.2
Centro Universitario de San Marcos –CUSAM-	1	.2
Total	593	100.0

Tabla 3. Variables socioeconómicas de los estudiantes de la muestra

Variables	Opciones de respuesta	Sexo			
		Hombre		Mujer	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trabajo	Sí	178	30.0%	217	36.6%
	No	79	13.3%	119	20.1%
	Total	257	43.3%	336	56.7%
Religión	Católica	143	24.1%	183	30.9%
	Evangélica	72	12.1%	120	20.2%
	Ninguna	32	5.4%	20	3.4%
	Otra	5	.8%	5	.8%
	Testigo de Jehová	1	.2%	5	.8%
	Adventista	2	.3%	2	.3%
	Momona	2	.3%	1	.2%
Total	257	43.3%	336	56.7%	
Estado civil	Sollero/a	231	44.0%	290	55.2%
	Divorciado/a	3	.6%	0	.0%
	Viudo/a	0	.0%	1	.2%
	Total	234	44.6%	291	55.4%
En los últimos 3 meses asistió a sesión de terapia individual o grupal	No	243	41.0%	313	52.8%
	Sí	14	2.4%	23	3.9%
	Total	257	43.3%	336	56.7%
Ha recibido tratamiento psicológico	No	216	36.4%	282	47.6%
	Sí	36	6.1%	50	8.4%
	Si estoy en proceso psicoterapéutico	5	.8%	4	.7%
	Total	257	43.3%	336	56.7%

Se calcularon los cuartiles de los puntajes obtenidos en la escala y subescalas, para la escala completa al primer cuartil de SMP baja incluye de 39 a 86 puntos (149 estudiantes; 25.1%), el segundo cuartil de SMP regular abarca de 87 a 92 puntos (148

estudiantes; 25%), el tercer cuartil de SMP promedio posee los puntajes de 93 a 99 (148; 24.6%) y el cuarto cuartil de SMP alta va de 100 a 156 puntos (150; 25.3%). La tabla 4 incluye los estadísticos alcanzados en la escala total y sus seis subescalas,

el análisis de los descriptivos del puntaje total refiere que están ubicados en el tercer cuartil de SMP promedio y alejado del máximo total por lo que se puede decir que tienen una SMP nivel intermedio. La primera subescala de satisfacción personal (SP) indican que están ubicados menos de la mitad de puntaje máximo posible, por lo que es un factor con bajos puntajes. La segunda subescala de actitud prosocial (ACPROS) evidenció estadísticos que indican que están ubicados arriba de la mitad de la escala, por lo que es un factor con nivel aceptable. La tercera subescala de autocontrol (AUTOCONTROL) evidenció resultados que indican que están ubicados arriba de la mitad de la escala, indicando que es un factor con nivel aceptable.

La cuarta subescala de autonomía (AUTON) alcanzó resultados que indican que están ubicados en la mitad de la escala, indicando que es un factor con nivel bajo. La quinta subescala de resolución de problemas y actualización (RESPROB) alcanzó resultados que indican que están ubicados arriba de la mitad de la escala, indicando que es un factor con nivel bueno. Finalmente, la sexta subescala de habilidades de relación interpersonal (RELINTER) alcanzó resultados que indican que están ubicados arriba de la mitad de la escala, indicando que es un factor con nivel aceptable.

Tabla 4. Resultados en la escala de SMP y sus subescalas

Escala/subescalas	N	Puntaje Mínimo	Puntaje mayor	Puntaje máximo escala/subescala	Promedio	Desviación estándar
Puntaje total escala SMP	593	39	156	156	93.24	10.828
Satisfacción Personal	590	9.00	32.00	32.00	15.7847	3.90717
Actitud Prosocial	587	7.00	20.00	20.00	13.0170	2.07695
Autocontrol	588	5.00	20.00	20.00	12.5017	2.57593
Autonomía	589	5.00	20.00	20.00	10.4720	3.20469
Resolución de problemas y actualización	588	9.00	36.00	36.00	25.9371	5.07166
Habilidades de relación interpersonal	591	7.00	28.00	28.00	15.7005	2.55050

Posteriormente se realizaron análisis comparativos de los promedios de los punteos totales de la escala y las 6 subescalas por algunos subgrupos de la muestra, en la comparación realizada con la prueba *t* de Student para comparación de promedios del total de la escala y las seis subescalas entre el grupo que trabaja y el que no, no se encontró ninguna diferencia, por lo no o si trabajar no produce diferencias en su SMP. Como resultado de la aplicación de la prueba *t* en la comparación de promedios entre hombre y mujeres, no hubo diferencias entre SP y ACPROS, en las restantes 5 comparaciones sí hubo diferencias. Las mujeres con mayor promedio en AUT, hombres ($M=9.88$, $DE=3.2$, $N=255$) y mujeres ($M=10.92$, $DE=3.14$, $N=334$). Se asumen varianzas iguales, $F= .377$, $t(587) = 3.92$, $p < .001$, lo cual indica que los dos promedios tienen una diferencia estadísticamente significativa, por lo que las mujeres tienen mayor autonomía que los hombres de la muestra; el tamaño del efecto de esta diferencia es pequeño, d de Cohen= $.263$, IC del 95% [-1.55 , $-.516$]. Las restantes 4 comparaciones indican que los hombres tienen mayores promedios que las mujeres, en el total de la escala de SMP los hombres ($M=94.61$, $DE=12.02$, $N=257$) y mujeres ($M=92.2$, $DE=9.71$, $N=336$). No se asumen varianzas iguales, $F= 4.335$, $t(483.32) = 2.627$, $p < .009$, lo cual indica que los dos promedios tienen una diferencia estadísticamente significativa, los hombres tienen mayor SMP que las mujeres de la muestra; el tamaño del efecto de esta diferencia es grande, d de Cohen= $.918$, IC del 95% [$.608$, 4.215].

En el análisis de la subescala de AUTOC los hombres ($M=13.05$, $DE=2.62$, $N=253$) y mujeres ($M=12.08$, $DE=2.46$, $N=335$). Se asumen varianzas iguales, $F= .242$, $t(586) = 4.606$, $p < .001$, lo cual indica que los dos promedios tienen una diferencia estadísticamente significativa, los hombres tienen mayor AUTOC que las mujeres de la muestra; el tamaño del efecto de esta diferencia es pequeño, d de Cohen= $.211$, IC del 95% [$.557$, 1.386]. Para la comparación de la subescala de RESPROB los hombres ($M=27.35$, $DE=4.89$, $N=255$) y mujeres ($M=24.85$, $DE=4.95$, $N=333$). Se asumen varianzas iguales, $F= 1.195$, $t(586)= 6.086$, $p < .001$, lo cual indica que los dos promedios tienen una diferencia estadísticamente significativa, los hombres tienen mayor RESPROB que las mujeres de la muestra; el tamaño del efecto de esta diferencia es pequeño, d de Cohen= $.409$, IC del 95% [1.688 , 3.297]. El último análisis comparativo es de la subescala de RELINTER los hombres ($M=15.96$, $DE=2.80$, $N=255$) y mujeres ($M=15.49$, $DE=2.32$, $N=336$). No se asumen varianzas iguales, $F= 6.228$, $t(589) = 2.234$, $p < .05$, lo cual indica que los dos promedios tienen una diferencia estadísticamente significativa, los hombres tienen mayor RELINTER que las mujeres de la muestra; el tamaño del efecto de esta diferencia es pequeño, d de Cohen= $.216$, IC del 95% [$.046$, $.897$]. Estos resultados pueden observarse en las figuras 1 y 2.

Figura 1. Promedios por sexo del punteo total de la escala SMP.

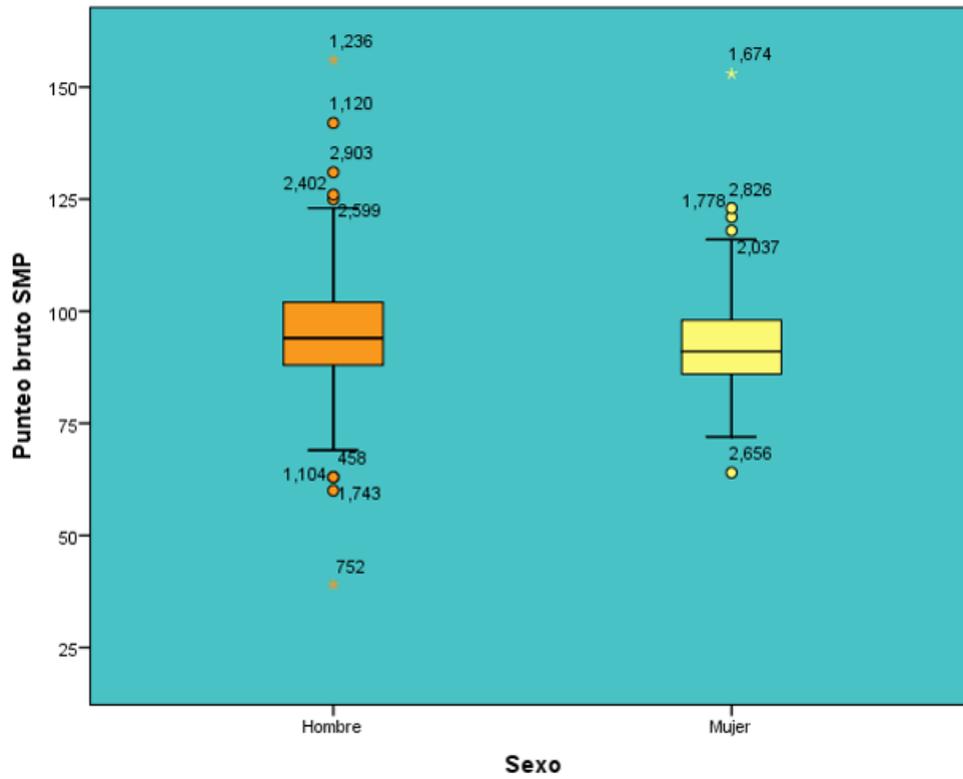
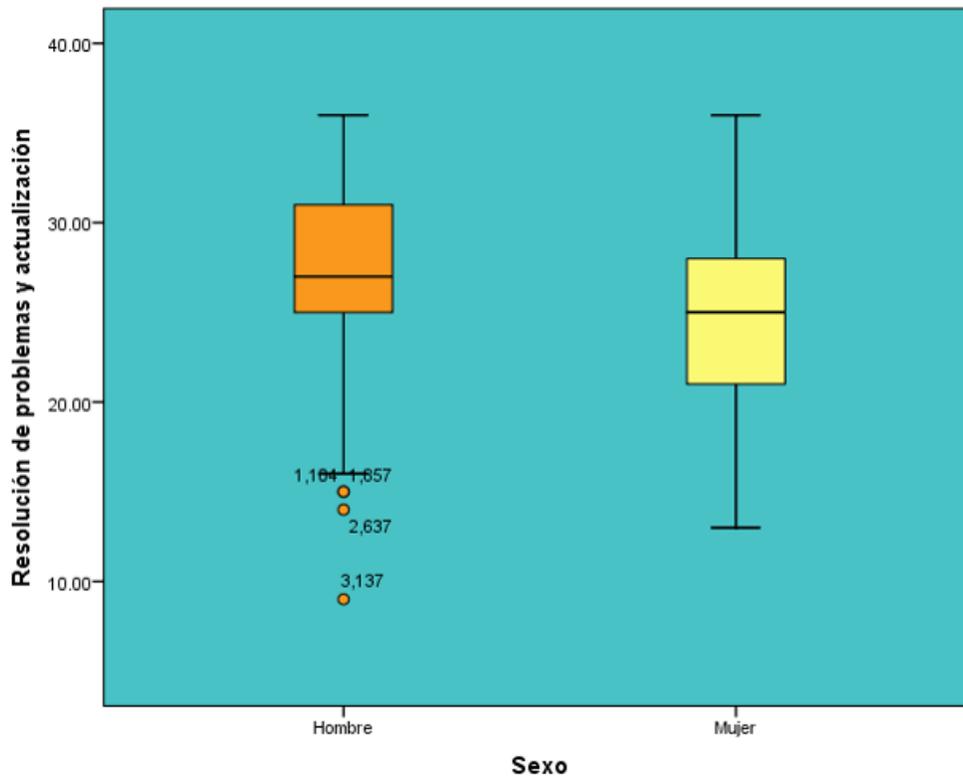


Figura 2. Promedios por sexo de la subescala de RESPROB



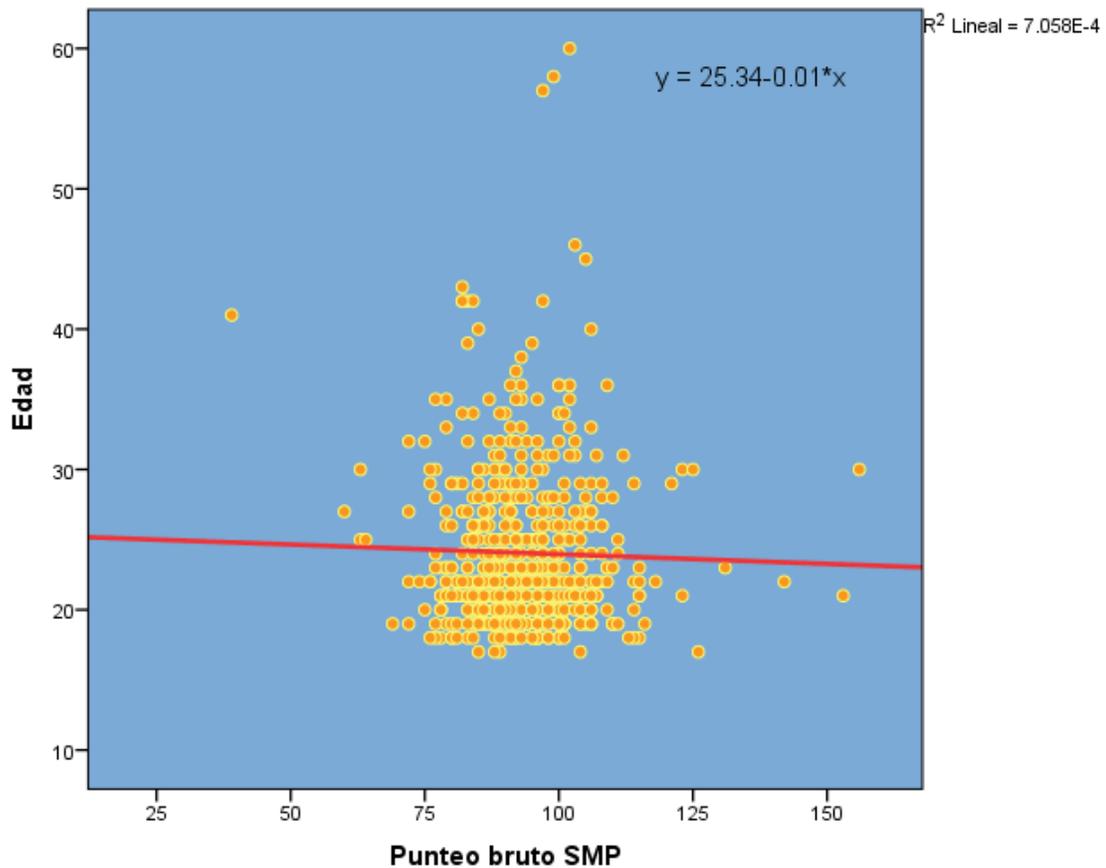
Posteriormente se realizaron las comparaciones de las submuestras de quienes en los últimos tres meses asistieron a sesiones de terapia individual o grupal y quienes no asistieron, solo hubo diferencias en la de RELINTER, en el resto no hubo diferencias estadísticamente significativas. La comparación de la citada subescala de RELINTER los que si asistieron a terapia ($M=16.54$, $DE=2.14$, $N=37$) y los que no asistieron ($M=15.64$, $DE=2.56$, $N=554$). Se asumen varianzas iguales, $F= .315$, $t(589) = 2.07$, $p < .05$, lo cual indica que los dos promedios tienen una diferencia estadísticamente significativa, los que asisten a terapia tienen mayor RELINTER que los que no asistieron a terapia; el tamaño del efecto de esta diferencia es pequeño, d de Cohen=.432, IC del 95% [-1.744, -.047].

Finalmente, se hicieron comparaciones múltiples para tres grupos con el análisis de varianza (ANOVA), la submuestra fue de quienes han recibido tratamiento psicológico, los subgrupos fueron de si, no y si estoy en proceso psicoterapéutico. En el total de la escala de SMP y cinco de las subescalas no hubo diferencias, solamente hubo diferencias en la subescala de RELINTER, el grupo sin asistir a psicoterapia ($M=15.59$, $DE=2.5$, $N=496$), los que si asistieron a psicoterapia ($M=16.31$, $DE=2.79$, $N=86$) y los que están en proceso psicoterapéutico ($M=15.88$, $DE=1.96$, $N=9$). Si se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre grupos y el tamaño del efecto es mediano $F(2) = .134$, $p = 0.05$, $\eta^2 = .284$, se comprobó la suposición de homogeneidad de las varianzas de los tres grupos, Levene $F(2) = .773$, $p = .462$, lo cual indica que los promedios son diferentes. Al realizar la

prueba post hoc de Bonferroni indicó que si existen diferencias en los promedios de los que sí asistieron y los que no asistieron a psicoterapia ($p=.045$), el promedio de los que no asistieron es menor al de los que si asistieron, los primeros son los que tienen el promedio más bajo, por lo que podría afirmarse que haber asistido a psicoterapia mejora las RELINTER.

Luego del análisis comparativo se realizó uno de correlación r de Pearson entre el total de la escala de SMP y las 6 subescalas con la edad de los estudiantes de la muestra, tratando de obtener evidencia de si el aumento de la edad mejora, disminuye o se mantiene igual con los resultados de la SMP y sus seis subescalas. Los resultados indican que existe una correlación baja o nula entre estas variables, ya que se obtuvieron r que oscilaron entre .003 a -.203, por lo que se puede afirmar que con el paso de los años la SMP se mantiene sin variaciones. Esto resulta llamativo considerando que con los 593 estudiantes de la muestra se tuvieron edades entre los 17 a los 60 años, con $M=24.05$ y $DE=5.62$, con esta variedad mostrada se puede afirmar que la SMP ya se tiene conformada a temprana edad y se mantiene en el grupo de estudiantes mayas de la muestra. Especial atención merece la correlación que se calculó entre el total de la escala de SMP y la edad, con se alcanzaron los valores de una $r(592)=-.027$, $p<.05$, evidencia de una ligera y casi inexistente reducción de la SMP conforme pasan los años, situación que puede observarse en la siguiente figura.

Figura 3. Grafica de dispersión de puntos del total de la escala de SMP y la edad



Discusión

Para la discusión de resultados se analizarán los más relevantes de los presentados en el apartado anterior, hay que indicar que es la primera aplicación de este instrumento en población indígena en Guatemala. Destaca el hecho de que el promedio de la SMP es 93.24 sobre los 156 puntos que se pueden obtener como máximo, lo cual indica que se tiene una SMP promedio y alejado del ideal previsto, más de 60 puntos de diferencia. Situación similar tienen las subescalas de SP (M=15.78 de 32 posibles) y AUT (M=10.47 de 20 posibles), ubicadas en la mitad del total posible. Las otras cuatro subescalas tienen un promedio aceptable sobre sus máximos posibles, APROS con M=13.01 de 20 posibles, AUTOC

con M=12.5 de 20 posibles, RESPROB con M=25.93 de 36 posibles y RELINTER con 15.7 de 28 posibles, los cuales evidencian niveles aceptables. Estos resultados coinciden parcialmente con lo indicado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS], Lopera y Rojas (2012) y Álvarez (2022). Esta organización refiere que “los problemas de salud mental en las comunidades indígenas están aumentando sistemáticamente en todo el mundo. Entre los problemas más comunes se encuentran las tasas elevadas de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes indígenas.” (OPS, 2016, p. 1). Sugieren también considerar que su situación de salud se asocia a otros factores socioeconómicos desfavorables, los cuales influyen para obtener vulnerabilidad psicosocial para estos grupos

indígenas, aunado a esto hay bajas opciones de acceso a servicios adecuados de salud mental occidental y dentro de su cultura.

Estos promedios en la escala total y sus subescalas coinciden con lo expresado por Vázquez (2023) y Ureta (2023), ya que dentro de sus trece fortalezas destacan las siguientes cinco: la resiliencia, valentía para luchar por el cambio, alto espíritu comunitario, responsabilidad laboral y sobriedad de consumo, autodeterminación y reconocimiento de errores y ser críticos. La evidencia de esta investigación sugiere que estas fortalezas están presentes en los estudiantes indígenas de la muestra, ya que se pueden comparar con los aceptables resultados alcanzados en las subescalas de ACTPROS, AUTOOC, RESOLPROB y RELINTER.

Otro de los resultados relevantes de este estudio es que los hombres ($M=94.61$) tienen una SMP mayor que el de las mujeres ($M=92.2$), confirmado por un tamaño del efecto grande, que evidencia que dicha diferencia no se debe a la cantidad de sujetos de la muestra. Coincide con lo reportado por el Instituto Nacional de las Mujeres de México (2006), ya que reportan que las mujeres indígenas es más probable que sufran depresión y ansiedad si son casadas, con hijos, viven con inseguridad, temor a violaciones o hijos/as enfermos. También aumentan las probabilidades de actos autodestructivos, suicidios y toxicomanías si tienen violencia de género. Aunque esta es una investigación de SMP, estos indicadores de trastornos psicológicos evidencian la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres indígenas, tanto en México como en Guatemala.

El siguiente resultado que resalta es de que las mujeres ($M=10.92$) tienen mayor autonomía que los hombres ($M=9.88$), hay que considerar que el tamaño del efecto es pequeño, la diferencia encontrada está afectada por el tamaño de la muestra de hombres y mujeres indígenas. Este resultado coincide con tres estudios sobre la masculinidad en estudiantes universitarios de la USAC, los cuales indican que hay un apego hacia el modelo de masculinidad dominante, caracterizada por cinco escalas estudiadas sobre lo que un hombre debería ser en lo moral, habilidad, actitud, afectiva y física (Batres et al., 2011; Muralles, 2018 y Bolaños et al., 2020). Sin embargo, estos estudios evidenciaron una corrección política en el discurso de los estudiantes sobre varios temas, una mayor tensión con los mandatos del modelo de masculinidad dominante que en las prácticas cotidianas. Expresaron términos con los que piensan que no es correcto estar de acuerdo, relacionado con la heteronormatividad y la proveeduría, hay factores externos (campañas, leyes y otros) que influyen en el cambio de discurso y evidenciaron dudas de apego al modelo de masculinidad dominante. Esto muestra avances en las tensiones y apego con el modelo de masculinidad dominante, especialmente las disposiciones de proveeduría y heteronormatividad. Aunque en dichos estudios no se trabajó específicamente con estudiantes indígenas, coincide con el hecho de que las mujeres muestren más AUT que los hombres, ya que el modelo machista dominante está sufriendo cambios y ajustes, lo que permite una mayor autodeterminación de la población femenina.

Esta investigación encontró evidencia de que los estudiantes indígenas de la muestra tienen un mejor promedio de RELINTER los

que asistieron a terapia ($M=16.64$) que los que no asistieron ($M=15.64$), el tamaño del efecto es pequeño por lo que está influido por la cantidad de sujetos de la muestra. Este resultado se confirma cuando se encontraron diferencias en esta misma subescala en el grupo sin asistir a psicoterapia ($M=15.59$), los que si asistieron a psicoterapia ($M=16.31$) y los que están en proceso psicoterapéutico ($M=15.88$), el tamaño del efecto es mediano, evidencia que influye poco la cantidad de sujetos de la muestra y es más como resultado de sus características de grupo. Resultados con coinciden con los trabajos de Soto (2020) y González et al., (2022), en los cuales se mejoraron las relaciones interpersonales de líderes indígenas con intervenciones psicosociales comunitarias. También se cita que la relaciones pueden mejorar cuando se trabaja solidariamente para lograr una mayor igualdad social, mejorando la percepción del grupo y del exogrupo.

Finalmente, se considera relevante el hallazgo de que existe una correlación negativa, nula e inexistente entre las variables de edad y SMP ($r=-.027$), mostrando que con el paso de la edad no se mejora o empeora la salud mental de los estudiantes mayas de la muestra. Elemento importante porque denota que el nivel de SMP se mantiene y permite un adecuado funcionamiento a estos estudiantes indígenas, lo que podría interpretarse como que se han convertido en patrones conductuales estables e influenciados por su cultura. Para confirmar esta interpretación, hay que recordar que Vásquez (2023) indicó que dentro de sus fortalezas se ubican las raíces históricas y culturales profundas y, la perseverancia y la disciplina. Ambas pueden ser la razón de que se mantengan estos patrones culturales de SMP, aunque son bajos

en general, son estables y no se alteran con el paso de los años. Como principales patrones de su SMP se encontraron la ACPROS, AUT, RESPROB y RELINTER.

Conclusiones

La principal conclusión de esta investigación es que ya se tiene una idea y medida de la SMP en una muestra de estudiantes mayas universitarios, se obtuvo una $M=93.24$ sobre 156 puntos como máximo posible, revelando un promedio no muy alto y por consiguiente con regular SMP. La escala de SMP de Lluch (1999) resultó confiable y con consistencia interna para esta muestra de estudiantes universitarios mayas, con un Alfa de Cronbach de $\alpha= 0.760$ para los 593 que respondieron la escala.

Las subescalas más bajas son SP y AUT con promedios que no superan la mitad de puntos posibles; las de ACTPROS, AUTOC, RESPROB y RELINTER se ubican sus promedios arriba de la mitad de puntos posibles, por lo que podrían ser sus principales características de SMP, dos bajas y 4 en niveles apropiados. Resultados que pueden compararse con algunas de sus trece fortalezas: resiliencia, valentía para luchar por el cambio, alto espíritu comunitario, responsabilidad laboral y sobriedad de consumo, autodeterminación y reconocimiento de errores y ser críticos.

Los indígenas mayas de la muestra tienen mejor SMP que las mujeres indígenas de la muestra, sin embargo, las mujeres tienen mayor autonomía que la mostrada por los hombres. La psicoterapia mejora las RELINTER de los estudiantes mayas de la

muestra, al compararlos con los que no han asistido a ella, por lo que podría afirmarse que es un resultado positivo de asistir a su proceso terapéutico.

Las fortalezas de las raíces históricas y culturales profundas y, la perseverancia y la disciplina, permiten que la SMP de los estudiantes de la muestra se mantenga con el aumento de la edad y, que no se disminuya de forma importante al alcanzar edades mayores. Por lo que la ACPROS, AUT, RESPROB y RELINTER principalmente, adquiridos desde la infancia e influenciados por su cultura, se conforman en patrones estables conductuales.

Sin embargo, como la SMP alcanzada está lejos de ser óptima, hay que trabajar con los estudiantes la consolidación y mejora de ella, con proyectos integrales de atención en salud mental positiva. Aspecto que podría alcanzarse con la perspectiva de “que el médico o doctor de la mente, el psicólogo y el curandero pudieran en algunos casos trabajar en conjunto. Pues cada uno de ellos atiende elementos diferentes de la persona.” (Villaseñor et al. 2016, p. 86). También hay que realizar más estudios de las características psicométricas de la escala aplicada, principalmente análisis factoriales exploratorio y confirmatorio.

Referencias

Aguirre, Á. (2009). Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría. Editorial Marcombo. <https://elibro.net/es/ereader/uscg/45893?page=98>

Álvarez, M. (2022). Salud mental en adolescentes indígenas y no indígenas en México. Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol, tabaco y sintomatología depresiva. Tesis de maestría. El Colegio de la Frontera Norte, México. <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2022/10/TESIS-%C3%81lvarez-Aguilar-M%C3%B3nica-Noem%C3%AD-MEP.pdf>

Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL]. (2003). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico [GLADP]. Asociación Psiquiátrica de América Latina.

Batres, J., Ortiz, A., y Chivalán, B. (2011). Tensiones y respuestas del modelo dominante de la masculinidad en estudiantes de la universidad de San Carlos de Guatemala. Dirección General de Investigación, USAC. <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/rapidados2011/INF-2011-44.pdf>

Bolaños, J., Álvarez, G. y Muralles, A. (2020). Avances en las tensiones con el modelo de masculinidad dominante en estudiantes universitarios de Guatemala. Unidad de Investigación Profesional, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC. <https://es.scribd.com/document/580203630/Avances-en-las-tensiones-con-el-modelo-de-masculinidad-dominante-en-estudiantes-universitarios-de-Guatemala-1>

Cabarrús, C. (1979). La cosmovisión K'ekchi' en proceso de cambio. UCA/Editores.

Colli, M. (2019). Teorías de la psicoterapia. Conceptos, ejercicios, y casos. Editorial Brujas.

- Contreras, F. (2006) Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982006000200011
- De Paz, M. y De Paz, M. (1991). *Calendario Maya*. 2a. edición. Ediciones Gran Jaguar I.
- Departamento de Registro y Estadística. (2019). Informe Estadístico Estudiantil. USAC 2019. Versión Ejecutiva. USAC. https://registro.usac.edu.gt/estadisticas/data/INFORME_ESTADISTICO_ESTUDIANTIL_2019.pdf
- Departamento de Relaciones Públicas. (2019). 74 aniversario de la Facultad de Humanidades. *Revista Humanidades*, 11(2), 8-11. <http://www.humanidades.usac.edu.gt/usac/wp-content/uploads/2012/10/Revista-2-2019.pdf>
- Girard, R. (1977). *Origen y desarrollo de las civilizaciones antiguas de América*. Editores mexicanos unidos, S.A.
- Girón, M. (1979). Itzamná y la medicina maya. *Guatemala Indígena*, XIV(3-4), 1-82.
- Gómez-Acosta, A., Vinaccia-Alpi, S., & Sierra-Barón, W. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Salud Mental Positiva en jóvenes colombianos: un estudio exploratorio. *Revista CES Psico*, 13(2), 102-112. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.13.2.7>
- González, R., Carvacho, H. & Jiménez-Moya, G. (2022). Psicología y Pueblos Indígenas. *Annual Review of Psychology*, 73, S1-S32. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-092421-034141>
- González, M., Ponce, M y Sojuel, D. (2021). Salud Mental en época de la COVID-19: una investigación con estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC. *Escuela de Ciencias Psicológicas*, Guatemala.
- Guitart, M. (2011). Una interpretación de la psicología cultural: aplicaciones prácticas y principios teóricos. *Suma Psicológica*, 18(2), 65-88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3971059>
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 23-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3098194>
- Instituto Nacional de Estadística. [INE]. (2018). Resultados del Censo 2018. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.censopoblacion.gt/explorador>
- Instituto Nacional de las Mujeres de México. (2006). *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. Instituto Nacional de las Mujeres de México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. *Basic Books*. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
- Lopera, J. y Rojas, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina U.P.B.*, 31(1), 42-52. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1750>
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis doctoral en psicología. Universidad de Barcelona.

- Luján-Lujan, E., Lluch-Canut, M; Puig-Llobet, M., Roldán-Merino, J.; Pomarol-Clotet, E. y Miguel-Ruiz, M. (2021). Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 15, 5-15. <https://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/116/86>
- Lupano, M. y Castro, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000100005&lng=es&tlng=es
- Muñoz, C., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana Salud Pública*, 39(3), 166–73. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Murallas, M. (2018). ¿Cómo son los hombres? Caracterización masculina en un cuestionario con estudiantes universitarios de Guatemala. *Revista de Investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas*. (2) 2, 22-42. <https://doi.org/10.57247/riec.vi2.52>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28416/9789275318973_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Soto, Y. (2020). Mejoramiento de las Relaciones Interpersonales en los Líderes de la Comunidad Indígena Embera Chami, Guática, Risaralda. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Abierta y A Distancia, UNAD. https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/36165/y_sotocar.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Soustelle, J. (1990). Los Mayas. Traducción Jorge Ferreiro. Fondo de cultura económica.
- Teixeira, S., Sequeira, C. y Lluch, T. (2021). Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoyo. Universitat de Barcelona.
- Thompson, E. (1984). Grandeza y decadencia de los mayas. Traducción Lauro Zavala. 3a. edición. Fondo de cultura económica.
- Thompson, E. (1988). Un comentario al código de Dresde. Traducción Jorge Ferreiro. Fondo de cultura económica.
- Tizón, J. (1996). Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. (4ª ed.). Bibliaria.
- Torres-López, T., Munguía, J., Aranda, C. y Salazar, J. (2015). Concepciones culturales sobre la salud mental de personas que asisten a procesos terapéuticos psicológicos. *Actualidades en Psicología*, 29(118), 35-46. <https://doi.org/10.15517/ap.v29i118.15932>
- Ureta, F. (2023a). Psicología cultural. En González, M. (Ed.). *Psicología en Guatemala Volumen II. Campos y aplicaciones*. Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Ureta, F. (2023b). Análisis factorial exploratorio de la Escala de Evaluación

del desempeño docente, Maestrías en psicología, USAC Guatemala. Revista Científica del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 6(1), 15–29. <https://doi.org/10.36958/sep.v6i1.121>

Ureta, F. (1995). La concepción del tiempo en los mayas. Revista Enfoques Académicos. Escuela de Historia, USAC. 1, 6-15. https://www.researchgate.net/publication/337757615_La_Concepcion_del_Tiempo_en_los_mayas

Vásquez, V. (8 al 22 de enero 2023). Las 13 fortalezas del pueblo maya. Prensa Libre. <https://www.prensalibre.com/wp-content/uploads/2023/02/13-Fotalezas-Mayas.pdf>

Villaseñor, S., Aceves, M., García, I. y Ruelas, M. (2016). Manual para la atención a la salud mental de indígenas migrantes. Editorial Página Seis. <https://www.webapal.org/docs/Manual-paraatencionsmi.pdf>

Villaseñor, S. (2009). Psiquiatría, naturaleza y cultura. De lo singular a lo universal. Tono Continuo. <https://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/Psiquiatr%C3%ADa,%20naturaleza%20y%20cultura.%20De%20lo%20singular%20a%20lo%20universal.pdf>

Villaseñor, S. (2008). Apuntes para una Etnopsiquiatría mexicana. Tono Continuo. <https://www.gladet.org.mx/publicaciones/Etnopsiquiatría.pdf>

Villatoro, E. (2005). Etnomedicina en Guatemala. Editorial USAC.

Villatoro, E. (1983). La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala. La Tradición Popular, 42-43, 1-16.

Sobre los autores

Francisco José Ureta Morales

Es Licenciado en Psicología Universidad de San Carlos de Guatemala, Maestría en medición, evaluación e investigación educativas UVG, estudiante de Doctorado en Psicología Forense Universidad Internacional Iberoamericana - México, Profesor de licenciatura y postgrado en la Escuela de Ciencias Psicológicas y Facultad de Humanidades, Investigador en DIGI - USAC.

Mavis Omelinda Rodríguez Solís

Tiene cierre de pensum de maestría en investigación en la USAC, es licenciada en psicología por la USAC, es terapeuta fenomenológica existencial, Circulo Existencial en México y por ALPE en Argentina, es docente universitaria en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, es revisora de tesis y tiene participación en dos investigaciones financiadas por DIGI y una por participar.

Elena María Soto Solares

Es Licenciada en Psicología egresada de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tiene una Maestría en Psicología Clínica y Salud Mental egresada de la Universidad Mariano Gálvez, es docente revisora de tesis en el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Financiamiento de la investigación

Fue parcialmente financiado por la Dirección General de Investigación (DIGI) de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Agradecimientos

Se agradece a la Dirección General de Investigación (DIGI), al Consejo Coordinador e Impulsor de la Investigación en la Universidad de San Carlos (CONCIUSAC) y al Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud, por el financiamiento de esta investigación a través de la partida presupuestaria 1461 durante el año 2023. Se agradece a las autoridades de la Escuela de Ciencias Psicológicas por el apoyo irrestricto ofrecido para la realización de esta investigación, así como a su Unidad de Investigación Profesional por el acompañamiento y sugerencias para su implementación. Finalmente agradecemos a las 5 Unidades Académicas que autorizaron la participación de los 593 estudiantes que conformaron la muestra del estudio.

Derecho de uso

Copyright (2023) Francisco José Ureta Morales, Mavis Omelinda Rodríguez Solís y Elena María Soto Solares

[Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Usted es libre para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de atribución: usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.