



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE DIPLOMA

*ESTUDIO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA "MARTA ABREU"
DE LAS VILLAS.*

AUTORAS

**ORIANA VELASQUEZ HERRERA
VIVIANA CARDONA ROSERO**

TUTORA

Dra. OSANA MOLERO PÉREZ

CO-TUTOR

Dr. LUIS FELIPE HERRERA

CURSO 2005-2006

CON SU ENTRAÑABLE TRANSPARENCIA



RESUMEN

La presente investigación se desarrollo en la comunidad universitaria “Marta Abreu” de las Villas, donde se trabajo con tres subgrupos muestrales, conformados por estudiantes, profesores y trabajadores. Esta investigación tuvo como objetivo general, describir las características del bienestar psicológico en la muestra seleccionada., la misma quedó conformada por 140 estudiantes, 84 profesores y 18 trabajadores, de las diferentes facultades y otras áreas de servicio del centro.

Para obtener la información necesaria que respondiera a los objetivos de la investigación, se hizo uso de un conjunto de técnicas que posibilitaran la interpretación de los diferentes indicadores del bienestar psicológico, entre las que se emplearon: Entrevista semiestructurada, Escala de autovaloración Dembo Rubinstein, Técnica de completamiento de frases, Escala de Golberg, Cuestionario de vulnerabilidad al estrés, Cuestionario de aislamiento y soledad.

El análisis de los resultados obtenidos en las técnicas mencionadas anteriormente, se realizó tanto cualitativa como cuantitativamente, para este último, los datos fueron procesados empleando el paquete estadísticos SPSS/PC para Windows 11.0.

Los principales resultados reflejan diferencias entre los grupos muestrales con relación a la apreciación de los diferentes indicadores de bienestar psicológico, predominaron las licencias femeninas en los diferentes grupos muestrales. Los elementos del bienestar psicológico más afectados en toda la muestra son los afectos positivos y el desarrollo personal, las diferencias más notables fueron entre los subgrupos de trabajadores y profesores.

Por último se ofrecen conclusiones y recomendaciones que pueden ser de interés para el desarrollo de investigaciones futuras en esta área.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. Acercamiento a la comprensión del bienestar psicológico en el proceso de la salud humana.	5
1.1. Hitos históricos en el estudio del proceso salud enfermedad.	5
1.2. Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial.	8
1.3. Proceso de salud enfermedad.	10
1.4. Salud y estilos de vida.	13
1.5. Salud y calidad de vida.	15
1.6. Salud y bienestar psicológico.	21
1.7. Bienestar psicológico y salud mental.	28
CAPÍTULO II. Hacia la construcción del método en el proceso de investigación empírica.	35
2.1. Descripción de la muestra.	37
2.2. Material y métodos.	41
2.3. Procedimiento.	48
CAPÍTULO III. Particularidades del bienestar psicológico en la comunidad Universitaria.	49
3.1. Análisis de los datos obtenidos de la revisión de documentos.	49
3.2. Análisis de los datos obtenidos en las diferentes técnicas aplicadas a los estudiantes.	54
3.3. Análisis de los datos obtenidos en las diferentes técnicas aplicadas a los trabajadores.	69
3.4. Análisis de los datos obtenidos en las diferentes técnicas aplicadas a los profesores.	82
Análisis integral de los datos obtenidos.	94
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES	100
BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El cambio de paradigma referente a la salud ocurrido en las últimas décadas y el aumento de las investigaciones clínico-epidemiológicas en este campo, han demostrado el vínculo de la salud con un conjunto de factores que trascienden lo biológico. Muchas de estas categorías psicológicas y sociales han contribuido de una forma u otra al creciente auge y desarrollo de los estudios acerca del bienestar subjetivo. En la búsqueda del aspecto positivo de la salud, dicha categoría se hace necesaria para profundizar en el estudio del proceso salud-enfermedad.

El bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Es de todos conocido que cuando un individuo se siente bien es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio. Está demostrada la asociación entre algunos estados emocionales y respuestas de enfrentamiento al estrés de un tipo u otro. Todo esto explica por sí solo la relación del bienestar psicológico con los niveles de salud.

Uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida. Esa satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal.

Es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de

interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables. (Victoria y González, 2000)

Las condiciones materiales y espirituales de vida, por constituir las condiciones reales en que los seres humanos producen y reproducen su existencia social e individual, aporta elementos decisivos al bienestar humano, sin embargo, ellas constituyen sólo un aspecto en su naturaleza plurideterminada. Las condiciones de vida no son más que aquellas condiciones materiales, espirituales y de actividad en las que transcurre la vida de las personas. Entre las condiciones de vida están la disponibilidad de fuentes de trabajo, condiciones de vivienda, servicios de atención médica, disponibilidad de alimentos, existencia de centros culturales y deportivos, saneamiento ambiental, transporte, comunicaciones, etcétera.

El bienestar psicológico es considerado en la actualidad un concepto multidimensional que requiere ser estudiado a profundidad en diferentes grupos humanos, el mismo puede ser definido como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico precoso como en la congruencia de los logros alcanzados y su expectativa sobre una serie de dominios o área vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida (García, 2002).

Existen diferentes teorías que han tratado de explicar el bienestar psicológico, dentro de las más aceptadas se encuentra la propuesta por Ryff y Keyes, donde se incluyen seis componentes:

- Una apreciación positiva de si misma (autoaceptacion)
- Capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida (dominio)
- Capacidad para manejar con eficiencia los vínculos personales (afectos positivos)
- La creencia de que la vida tiene propósito y significado (propósito vital)
- Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez (desarrollo personal)

- Sentido de autodeterminación (autonomía)

La importancia de la presente investigación radica en ser uno de los primeros estudios que aborda en Cuba, la temática del Bienestar Psicológico en una comunidad universitaria, considerada una de las mayores poblaciones de alumnos becados del país y el centro de educación superior más polivalente del país por la cantidad de carreras que se cursan.

La importancia teórica del estudio estriba en aportar un conjunto de generalizaciones teóricas acerca del bienestar psicológico en alumnos, profesores y trabajadores de una universidad cubana; lo cual tiene una enorme importancia práctica si se considera que a partir de esta investigación se pueden establecer estrategias sanitario-educativas y desarrollar futuras investigaciones en este campo. Es por ello que en el presente trabajo nos hemos planteado el siguiente problema, objetivo general y específicos:

Problema Científico:

¿Cómo es el Bienestar Psicológico de un grupo de alumnos, profesores y trabajadores de los miembros de la comunidad universitaria de la “Universidad Central Marta Abreu de las Villas”?

¿Qué criterios tienen estas personas sobre el bienestar psicológico?

Objetivo General:

Describir las características del bienestar psicológico en una representación de los miembros de la comunidad Universitaria “Marta Abreu” de las Villas.

Objetivos específicos:

1. Precisar las particularidades del bienestar psicológico que tienen los estudiantes, profesores y trabajadores de servicio de la Universidad “Marta Abreu” de las Villas.
2. Determinar si existe correspondencia entre las manifestaciones reales del Bienestar Psicológico y su definición.

3. Valorar si existen diferencias entre la expresión del Bienestar Psicológico que tienen los estudiantes, profesores y trabajadores de servicio.

CAPITULO I

ACERCAMIENTO A LA COMPRENSIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL PROCESO DE LA SALUD HUMANA.

1.1. Hitos históricos en el estudio del proceso salud enfermedad.

Las condiciones actuales de desarrollo de la humanidad están condicionadas por los grandes avances alcanzados en diferentes áreas del conocimiento, como la cibernética, la electrónica, la genética y las neurociencias, que han revolucionado muchos sistemas conceptuales y han permitido lograr un mejoramiento considerable en las condiciones de vida en la mayoría de los países, sin embargo sigue hoy siendo una gran preocupación que los humanos no viven el tiempo que biológicamente están preparados para vivir o llegan a la tercera edad con padecimientos que los limitan marcadamente para el disfrute de su existencia. Indudablemente este fenómeno es muy complejo y está relacionado con diversas variables que requieren hacer un análisis de la relación salud – enfermedad desde una óptica ecológica e integradora.

La salud y la enfermedad siempre han tenido un carácter universal puesto que el hombre siempre ha intentado explicárselas de acuerdo con los medios de que ha dispuesto, desde la época del hombre Neandertal hasta nuestros días (Osmond y Siegler, 1979).

En la cultura griega se reconocen dos corrientes en relación a la causalidad de la salud y la enfermedad, está representada por Hipócrates (460-377 a.n.e.), considerado el padre de la medicina quien pensaba que la salud y la enfermedad constituían una manifestación de la vida del organismo y no la expresión de una voluntad o espíritu; reconoce la influencia de los procesos de

la salud y la enfermedad del medio externo, reconociendo diferentes características de personalidad.

En la obra de dicho autor se incluyen en forma de enciclopedia todos los postulados Hipocráticos: la adopción del método científico; el método de la indagación diagnóstica por la observación y la experiencia clínica; la necesidad de colaborar con el restablecimiento del enfermo, la recogida de historias clínicas, la figura del médico como un agente social; así como legitimar el tratamiento de la enfermedad; entre otros.

La otra corriente esta representada por Platón (428-374 a.n.e.). Su filosofía estableció que la salud y la enfermedad eran causadas por un principio no material, a saber, el alma o pneuma. El pneuma ejerce una influencia sobre los órganos dando lugar a un buen funcionamiento o salud, o bien dando lugar a la enfermedad. Así como la importancia de diversas características

El modelo sobrenatural de la enfermedad se caracterizan por atribuir la salud y la enfermedad a poderes sobrenaturales y espirituales, ya que a falta de otras interpretaciones, inaccesibles al conocimiento de la época, esta era una de las explicaciones más plausibles para los fenómenos que sobrevenían a la salud: la enfermedad y la muerte (Knapp. 2005).

En la cultura del pueblo de Israel se añade un nuevo matiz al considerar la enfermedad no solo como castigo, sino también como reto, como prueba al justo. Con el surgimiento del cristianismo, poco después, se produce una valoración positiva de la enfermedad que es concebida entonces como expiación y merecimiento de la gracia de Dios.

Aparecen por primera vez, en la cultura egipcia la atribución a la salud y la enfermedad de agentes externos y las prácticas farmacológicas y de prevención. En los papiros se recogen algo más de 800 prescripciones de medicamentos de origen vegetal, combinados minerales y medicación evacuante, pero todos estos medicamentos eran ingeridos por los pacientes

acompañados y de ritos y salmos. También se le reconocen intervenciones quirúrgicas como la trepanación (Riera, 1999).

Ya en la Edad Media, por la influencia de la iglesia y la Santa Inquisición, se produce un entorpecimiento del avance en el conocimiento de la medicina. El hombre es considerado por la iglesia como una criatura de Dios, con alma, lo cual lo aleja y separa de las leyes de la naturaleza con esta situación se revitaliza la idea de la posición demoníaca de los enfermos, volviendo así la medicina a manos del sacerdocio y la cura, al exorcismo y torturas corporales para hacer huir al demonio del cuerpo de la persona (Bishop, 1994 en Knapp. 2005)

Con el Renacimiento se vuelve a un pensamiento materialista de la enfermedad, regresa la medicina a mano de los médicos y junto con esto, también retorna el centro de la atención al hombre y su posibilidad de explicar el mundo que lo rodea.

Así, el Renacimiento posibilita el surgimiento y desarrollo del modelo biomédico. Durante la época se produjeron grandes hallazgos en el campo de la medicina, por ejemplo la circulación sanguínea, así como el aparato respiratorio, digestivo y excretor. Además se realizan avances no solo en la anatomía del cuerpo humano sino también en su funcionamiento. Si bien la relación mente-cuerpo había sido tratada con anterioridad, no es hasta el siglo XVIII, con Descartes que se realiza una importante aportación al tema que influyó en todo el pensamiento filosófico de la época y de su posterioridad. Descartes afirmaba que mente y cuerpo constituyen entidades separadas y esta concepción dio lugar a lo que conocemos como dualismo cartesiano.

A finales del siglo XVII y en los siglos subsiguientes, cobra cada vez más fuerza el racionalismo, la ciencia y el pensamiento analítico, así se producen una serie de progresos científicos analíticos en diversas esferas de la ciencia: las autopsias y el inicio de la neurología clínica con Broca y Wernicke; la formulación de Virchow sobre la patología celular; entre otros. Todos estos adelantos permitieron reforzar la idea de la necesidad de intentar localizar el

origen concreto de las enfermedades, en esta época se pudo demostrar que la mayoría de las enfermedades contagiosas, llamadas actualmente infecto-contagiosas, eran producidas por microorganismos.

En la historia de la Medicina en los siglos XIX y XX particularmente en el siglo XIX se presentan grandes teorías en los campos de conocimientos más diversos: Teoría de la evolución de Darwin; Teoría de la relatividad de Einstein, Teoría de la homeostasis de Cannon; los cuales no tuvieron en el momento de su surgimiento gran repercusión en las ciencias médicas, pero que más tarde influenciaron en ellas de manera notable. Por su parte las teorías integradoras de Freud y Pavlov alcanzaron un amplio reconocimiento y propiciaron el surgimiento de la medicina psicosomática, además de una visión más psicosocial del hombre. (Knapp. 2005)

1.2. Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial

El modelo biomédico basado en el dualismo mente-cuerpo y en el reduccionismo, ha tenido y tiene gran aceptación, aunque hoy sabemos que las enfermedades son multicausales lo que lo hace insuficiente a la hora de analizar algunos problemas de salud. (Knapp 1999). Se coincide con las principales críticas que se le han hecho al modelo son:

- ✚ No aceptación de las nuevas ideas acerca de los determinantes psicológicos, sociales y culturales de la salud y la enfermedad.
- ✚ No considerar suficientemente al paciente y centrarse en la enfermedad.
- ✚ Basarse más en el tratamiento de la enfermedad que en su prevención.
- ✚ Incapacidad de dar respuestas a los problemas actuales de la salud pública debido fundamentalmente a dos factores: Cambio en las pautas de morbilidad, el incremento del costo económico de los actuales sistemas sanitarios.

En la actualidad aunque se mantiene el modelo biomédico, se abre espacio el modelo biopsicosocial – espiritual cuyo postulado básico es que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción sistemática de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que es necesario tener en cuenta para considerar sus determinantes.

Este modelo se fundamenta en la teoría de sistemas, formado por subsistemas de distintos niveles de complejidad en que cada uno aporta algo para el sistema general. Un ejemplo podría ser “el cuerpo humano constituido por varios sistemas, (cardiovascular, nervioso, digestivo, endocrino, etc.), estos interactúan entre si, pero su cuerpo es solo uno de los aspectos de una persona, en esta también esta presente su psicología (forma de pensar, sentir, interaccionar con los demás, etc.); pero ese hombre es también parte de un sistema mayor, la familia, la sociedad por lo que desde este modelo es tan importante estudiar sus funcionamiento biológico como su funcionamiento a nivel psicológico y comunitario para promover su salud, para evitar y combatir la enfermedad”. (Ballester, 1997, p.45 en Knapp. 2005)

La alteración de un sistema provoca de forma sistemática cambios en los otros componentes del sistema, así un cambio biomédico en la persona afecta su fisiología, pero este cambio fisiológico modifica su estado emocional y por tanto, a la persona en su medio social. Al igual que un cambio en el entorno puede dar lugar al estrés y con este se puede producir un cambio bioquímica en el organismo.

Un aspecto importante de destacar en este modelo es que para él la persona es considerada un ser activo, hacedor de su propia salud y capaz de elaborar estrategias para prevenir y combatir la enfermedad.

En la actualidad cobra valor una nueva concepción denominada Salutogénesis propuesto por Antonosky, que siguiendo el modelo biopsicosocial enfatiza mas en el aspecto de la salud. Aunque sus inicios se remontan a la década de los años 60, no es hasta los años 90 que cobra relevancia. Este modelo se enfoca en las causas del bienestar global, más que en los orígenes del proceso de

enfermedad específico. Desde esta perspectiva como seres humanos, tenemos la capacidad de controlar los factores de modulación en salutogénesis. Podemos decidir experimentar el apoyo social, la espiritualidad, la felicidad, el humor y el amor en busca de la satisfacción y realización personal. (Cristóbal Kent, C.C, 2004)

No cabe duda de que la salud y la enfermedad constituyen aspectos muy importantes para las personas, pues resultan vitales. Tanto la salud como la enfermedad tienen una naturaleza compleja y multifactorial, así como procesos y/o estados multifactoriales y multideterminados. La importancia de los aspectos cognitivos, afectivos, emocionales, “motivacionales”, psicofisiológicos, de comportamiento y psicosociales, es considerada actualmente capital para la promoción, mantenimiento y cuidado de la salud, sea la prevención, y/o tratamiento de la enfermedad.

1.3. Proceso de salud enfermedad.

Con esta nueva y amplia visión de los aspectos que mediatizan la salud y la enfermedad, la salud humana ha sido generalmente conceptualizada desde un enfoque somático como la mera ausencia de enfermedad o invalidez. Desde esta perspectiva, una persona, grupo o comunidad se podría situar en algún punto de un continuo en el que cada extremo se encontraría de un lado la salud y del otro la enfermedad.

Desde siempre, el polo más reconocido y más claro desde lo conceptual y metodológico ha sido el de la enfermedad (Antonovsky, 1979, 1990); mientras que la salud ha resultado siempre difícil de conceptualizar. Hoy sabemos que la salud puede conceptualizarse de manera positiva, es decir, refiriéndose a diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicológico y social, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección contra posibles riesgos de enfermedad, desarrollo personal, etc.

Como resaltamos anteriormente, durante mucho tiempo la salud ha sido definida en términos negativos, como la ausencia de enfermedad o invalidez.

Esta definición de salud que ha ido evolucionando en los diferentes modelos de salud a lo largo de la historia de la humanidad fue definida sobre todo por el modelo biomédico tradicional.

El primer intento serio de establecer una definición consensuada de salud se produce en 1946 en la carta magna de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), en la cual se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Hoy esta definición aun esta vigente y en su momento tuvo un gran impacto ya que aportaba algunos elementos nuevos, entre otros: definía la salud en términos positivos (bienestar de la persona) y aludía de manera integral a las esferas física, psíquica y social.

No se hicieron esperar críticas a la definición, entre otras: bienestar no siempre es salud es una realidad difícil de alcanzar; es una definición estática (estado) que no toma en cuenta la salud como proceso, como algo dinámico y cambiante que ese puede dar en grados muy diferentes en momentos distintos y por ultimo, apela a criterios muy subjetivos sin plantear los aspectos objetivos de la salud en términos de “capacidad de funcionamiento” (Terris, 1980; Salleras, 1985 en Knapp.2005)

Sobre la base de nuevas búsquedas por las críticas asumidas, aparecen nuevas definiciones:

“Estado físico y mental bastante libre de malestar y dolor que permita a la persona afectada funcionar tan eficazmente y tanto tiempo como sea posible en el entorno donde la suerte o la elección lo ha colocado”. (Dubos, 1965, p.47.)

“Salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de enfermedad”. (Terris, 1980, p.47.)

“Proceso social en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente produce en el individuo

según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud, el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad". (San Martín y Pastor, 1998, p.47.)

En 1985 Salleras apoya una concepción dinámica de salud aplicable tanto a individuos como a grupos humanos, según la cual la salud y la enfermedad forman un mismo proceso continuo, formado por dos polos (contrarios pero que se presuponen uno al otro): la salud y la enfermedad. Por supuesto, en ese proceso salud-enfermedad, hay diferentes grados de pérdida de la salud (enfermedad) y de ganancia u optimización de la salud.

Desde esta nueva perspectiva Salleras reconoce la influencia de los factores sociales en esta continua salud-enfermedad por lo que redefine la salud como "logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permite los factores sociales en que vive inmerso el individuo y la colectividad". (Salleras, 1985, p.49.en E. Knapp.2005)

En suma, el binomio salud-enfermedad y los comportamientos saludables y de enfermedad no pueden comprenderse si se les aísla de la realidad social y cultural en que se producen. El hombre es un ser social en esencia, por lo que tanto su salud como su enfermedad que lo aqueja es también social. Por otra parte, los servicios y sistemas de salud y sus instituciones son organizaciones que determinan y son determinadas por distintos procesos sociales.

Por eso se hace imprescindible hablar sobre la psicología comunitaria que en el ámbito de la salud dio lugar a la salud comunitaria. San Martín y Pastor definen la salud comunitaria como "la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad, el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y el nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto

con el apoyo, el acuerdo y participación activa de la comunidad” (San Martín y Pastor, 1984. p. 25).

La salud comunitaria en su concepción más actual entraña varias dimensiones que precisan su perfil característico. Así, la Salud Pública y la Salud Comunitaria dan importancia a los ecosistemas físicos, biológicos y sociales, como espacio obligado en el que reside y se desarrollan los riesgos para la salud y para la vida y las oportunidades para el crecimiento y la salud. “Lo público y lo comunitario implica ajustes e intercambios constantes entre los individuos, organizaciones e instituciones de la comunidad con el ambiente físico, biológico y psicosocial, que repercute de modo variable en el proceso salud enfermedad”. (Knapp, E. 2005, p.25).

Como se explica anteriormente no se puede ver al individuo desvinculado del medio social, ya que el hombre y todo lo que este implica es social, tanto la enfermedad como la salud, por eso se hace necesario valorar la relación del sujeto con sus estilo de vida, su calidad de vida percibida, su bienestar psicológico y su salud mental.

1.4. Salud y estilos de vida.

Existen diversas acepciones del término estilo de vida, reconociéndose también como hábito de vida, forma de vida, donde se destaca como elemento fundamental el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.

No obstante el estilo de vida se definió como “El conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianas de una persona” (Henderson, Hail y Lipton, 1980), lo cual va desde formas elementales de comportamiento a formas más complejas, que incluye los valores o la visión del mundo de un individuo. Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos asumidos.

Muchos de los hábitos nocivos para la Salud (fumar, beber, comer, etc.) se adquieren precisamente en el grupo humano más significativo para las personas a lo largo de todo su ciclo vital: la familia. De aquí que la modificación o reformulación de los mismos como algo negativo para la salud y el bienestar resulta difícil cuando estos son parte de la vida cotidiana y se aceptan o disfrutan como tales, a pesar de su formal aceptación como nociva para la salud.

Por esta razón, si los padres no se interesan en modificar hábitos que pueden lacerar la salud, difícilmente otro contexto educativo podrá ser efectivo en esta dirección. Los hábitos adquiridos en el hogar y que constituyen parte del cotidiano de vida para la familia se instalan muy fuertemente en el comportamiento de sus miembros, particularmente los más pequeños y su erradicación posterior resulta muy difícil por estar muy profundamente incorporados en la individualidad. De esta manera, muchos de los más nocivos factores de riesgo para la salud, se adquieren en el contexto familiar con una intensa imbricación de los factores hereditarios y aprendidos, pero sobre todo con una enorme implicación emocional y afectiva. (M.A Roca, 2002)

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos:

- ✚ Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- ✚ Ejercicio físico.
- ✚ Sueño nocturno.
- ✚ Conducción de vehículos.
- ✚ Estrés.
- ✚ Dieta .
- ✚ Higiene personal.
- ✚ Manipulación de los alimentos.
- ✚ Actividades de ocio o aficiones.
- ✚ Relaciones interpersonales.
- ✚ Comportamiento sexual.

Es posible percatarse que en todos los casos está presente el factor humano, ya sea el sistema de comportamientos de la persona o su mundo interno y

subjetividad (creencias y emociones) son los que estarían determinando uno u otro efecto sobre la salud y el bienestar. Razón por la cual se insiste en que mientras mas temprano en el ciclo vital preferentemente la infancia y adolescencia, se implementen acciones educativas de salud, más viable resultará el propósito de consolidar un hábito sanitario, responsabilidad y postura activa de la persona sobre el propio comportamiento saludable. Y por ende el desarrollo del potencial humano, el desarrollo de un estilo de vida sano, lo que llevara a un bienestar no solo a nivel físico, también aportará satisfacción a la persona al saber que tiene parte del control de su salud y que muchas veces gracias a esto tiene la posibilidad de obtener logros en diferentes áreas de su vida (profesional, personal, emocional, etc.) y la oportunidad de tener una calidad de vida adecuada.

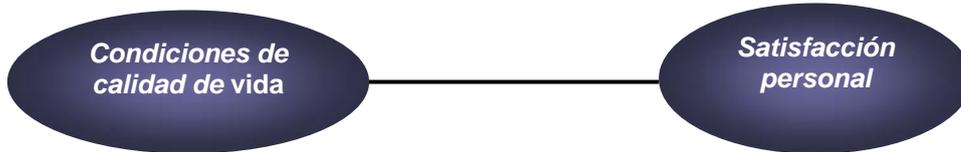
1.5. Salud y calidad de vida.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

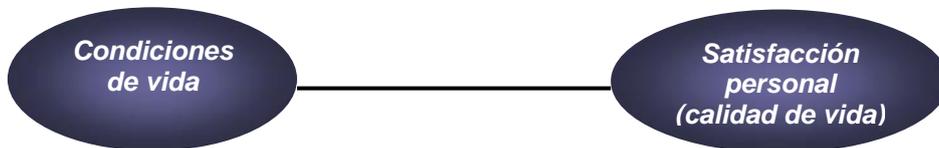
Históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta, mediatizada por los valores personales.

Tabla No 1. Conceptualizaciones de Calidad de Vida
(Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995)

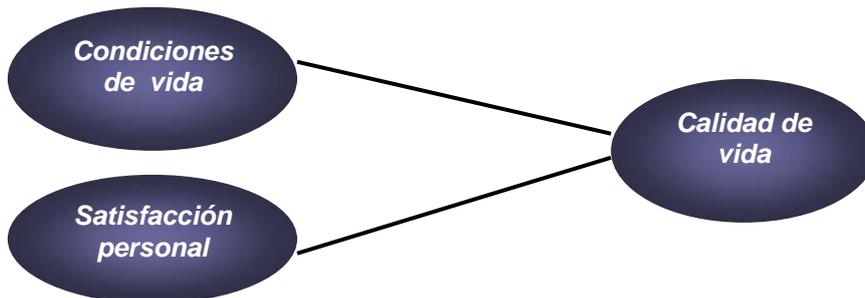
CONCEPTUALIZACIONES SOBRE CALIDAD DE VIDA



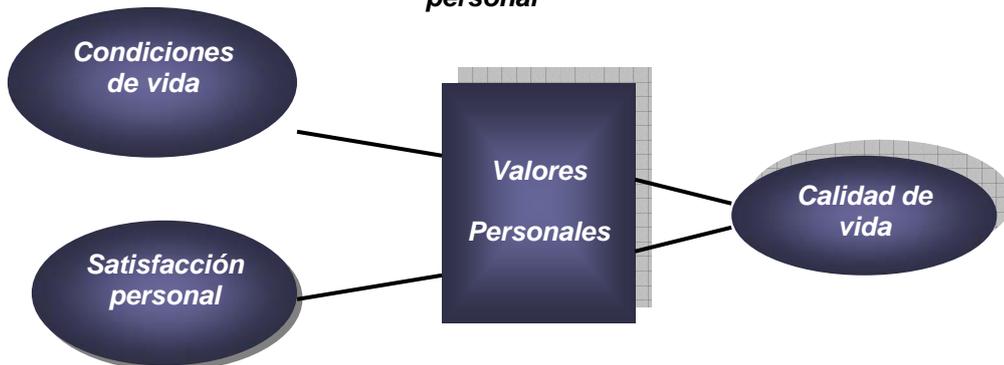
Calidad de vida en términos de condiciones de vida



Calidad de vida como satisfacción con la vida



Calidad de vida definida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal



Calidad de vida definida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción en función de una escala de importancia.

Analizar la "calidad de vida" de una sociedad significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en la sociedad. Requiere, en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, y evaluar el grado de satisfacción que se consigue. (Gómez. M. y Sabeh, E. 2000).

La calidad de vida ha sido interpretada de diferente manera por distintos autores, por ejemplo como un "sentido interno" (Taylor y Bogdan, 1996), como un correlato del temperamento o personalidad (Edgerton, 1996), como un constructo sensible a las influencias antropológicas, sociológicas y psicológicas (R.I. Brown, 2000a), o como un producto de la interacción entre la persona y el ambiente (Rapley, 2000).

En un esfuerzo por avanzar en el debate de lo objetivo-subjetivo, Schallock (1996) sugirió tratar de lograr un consenso en las dimensiones e indicadores fundamentales de calidad de vida que pudieran ser medidos a tres niveles: (a) personal, (b) funcional u objetivo, y (c) social. Esta sugerencia coincide con la de Felce (1997), quien como explicamos anteriormente propuso que la estructura de las dimensiones de calidad de vida debía satisfacer dos criterios: (a) tener en cuenta la complejidad de la vida, reflejado en la posibilidad de adoptar un enfoque de evaluación multielemento, multienfoque; y (b) debía reflejar por lo general un amplio conocimiento sobre los asuntos importantes para todas las personas (Gómez. M. y Sabeh, E. 2000).

Schallock y Verdugo (2002) enfatizan en los diferentes indicadores de la calidad de vida: (Verdugo, M.A. y Vicent, C, 2004).

- ✚ Bienestar emocional se puede incrementar aumentando la seguridad, la estabilidad y la previsibilidad de los entornos, así como el feedback positivo.

- ✚ Relaciones interpersonales, mediante el fomento de las amistades, la intimidad y el apoyo a las familias.

- ✚ Bienestar material, mediante el apoyo de hechos como el ser propietario, y el empleo.
- ✚ Desarrollo personal, a través de la potenciación de la educación, la rehabilitación funcional y la tecnología aumentativa.
- ✚ Bienestar físico, asegurando la existencia de una adecuada atención sanitaria, movilidad, hábitos saludables y nutrición apropiada.
- ✚ Autodeterminación, fomentando las elecciones, el control personal y las decisiones y metas personales.
- ✚ Inclusión social, enfatizando los roles e integración en la comunidad y el voluntariado.
- ✚ Derechos, asegurando el acceso al voto, procesos legales y oportunidades para asumir responsabilidades cívicas.

Calidad de vida también pudiera ser vista desde una perspectiva ecológica para describir los numerosos contextos del comportamiento humano. Schalock y Verdugo (2002) sugieren tres niveles del sistema que afectan a nuestra calidad de vida:

- ✚ Microsistema o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.
- ✚ Mesosistema o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema.
- ✚ Macrosistema o los patrones culturales más amplios, tendencias socio-políticas, sistemas económicos, y otros factores relacionados con la

sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (Wikipedia 15 Ene 2006).

La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc.), que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida. Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida están determinados, sin lugar a dudas por el modo, las relaciones de producción y las formas de organización de una sociedad dada, y por los patrones de trabajo y consumo que caracterizan a los distintos grupos sociales, en un período histórico determinado.

En cuanto a los factores subjetivos, resulta determinante el grado de satisfacción-insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, el cual está determinado por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros, que en relación con ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. Esto no es más que el bienestar psicológico, aunque en el bienestar psicológico se considera también la vida afectiva, o como se pudiera decir el componente afectivo del bienestar.

Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no solo dependen de las condicionantes externas, sino también de la relación que establece el hombre con ellas, a partir de su reflejo psíquico creador, de esta forma los contenidos psicológicos y las funciones de la personalidad, se estructuran en la regulación

del comportamiento autodeterminado, así la autovaloración, el sistema de motivos, las necesidades, las aspiraciones, la visión del mundo, por solo mencionar algunos se integran en dichos niveles de satisfacción. La estructura del área subjetiva de la calidad de vida se podría definir, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo.

En aras de valorar la importancia de la calidad de vida percibida y autorreferida, es importante analizar algunas estructuras psicológicas que intervienen en su desarrollo, como la autovaloración, la cual es definida por F. González (1985) como un subsistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades y motivos, junto con las diversas formas de manifestación consciente, cuyos elementos integrantes se expresan, esencialmente, en un concepto generalizado y preciso del sujeto sobre sí mismo, que integra un conjunto de cualidades, capacidades, intereses, etc., que participan activamente en la gratificación de motivos integrantes de la tendencia orientadora de la personalidad, y esta tendencia está integrada precisamente por aquellas necesidades y motivos que forman el sentido esencial de su vida, por lo que está emocionalmente comprometido con las principales necesidades y motivos de la personalidad, y es una expresión de la misma.

Pereira y N'guyen, (2002), considera que la autovaloración incluye la facultad de evaluar las habilidades y posibilidades, de examinarse con espíritu crítico, y por tanto permite al hombre "medir" fuerzas de acuerdo con las exigencias del medio ambiente (Díaz, I. 2003.)

Vinculados de una u otra forma a la autovaloración, se cita en la literatura el hecho de que, el autoconcepto, la autoestima, la autoeficacia, la afectividad positiva, el sentido de coherencia consigo mismo, entre otros, son aspectos que están presentes en el individuo como mediatizadores ante el foco estresor que pueda amenizar la calidad de vida subjetivamente valorada. (Sánchez-Cánovas y Sánchez, 1994)

Siempre desde el eje de la subjetividad, el hecho de entender conceptualmente "calidad de vida", se requiere comprender que al concebirse "vida", se hace referencia a una forma de existencia superior, no solo a lo físico, sino que se debería considerar el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, entre otros elementos; en otras palabras, además de sus nexos con los demás en la esfera social y comunitaria, trasciende a su individualidad. En las sociedades actuales existe una tendencia a sentir temor a vivir el día a día, a mirar hacia delante y no ver nada. Al plantear metas se hace real el futuro, lo que permite, de alguna forma apaciguar la ansiedad que ello produce, mejorando la calidad de vida y obteniendo bienestar subjetivo.

1.6. Salud y bienestar psicológico

El estudio del bienestar humano es sin duda, un tema complejo y sobre el cual los científicos sociales no logran un consenso. La falta de acuerdo en su delimitación conceptual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en mucho por su carácter temporal, su naturaleza plurideterminada, donde intervienen factores objetivos y subjetivos. Uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida.

El bienestar subjetivo es parte integrante de la calidad de vida que tiene un carácter temporal y plurideterminado. Algunos autores defienden la medición del bienestar mediante sus diferentes componentes, o sea, la satisfacción por áreas más que mediante una medición única del bienestar subjetivo, mientras que otros proponen una valoración global. Otros autores han considerado el bienestar subjetivo como expresión de la afectividad. Para *Lawton*, el bienestar es visto como una valoración cognitiva, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida, mientras que *Diener* y otros brindan una concepción más integradora del bienestar subjetivo considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones). (Victoria, C. y González, I. 2000).

Diene y Diener (1995) plantea que se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías:

- ✚ Describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, esta agrupación es la relativa a la "satisfacción con la vida".
- ✚ Incide en la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Este punto de vista fue iniciado por Bradburn (1969) con el desarrollo de su Escala de Balance Afectivo. Para este autor la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos. La definición de bienestar desde esta perspectiva está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término, según éste, una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa.
- ✚ La última de estas tres concepciones, más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia. Las definiciones bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (García, 2002)

El bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. (Victoria, C. R. y González, I. 2000). El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables. (Victoria, C. y González, I. (2000).

El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro. Es en este sentido que el bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja. Esa satisfacción con la vida surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal. (Victoria, C. R. y González, I. 2000).

Las diferencias sociodemográficas, no sólo pueden producir diferentes niveles de bienestar y de salud (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. New York. Informe 1994), sino también diferentes formas de encontrar el bienestar psicológico. Puede esperarse que las causas del bienestar difieran según el ciclo vital, las condiciones de vida, el nivel educacional, la ocupación o el grupo social. (Victoria, C. y González, I. 2000).

La revisión de los estudios sobre bienestar subjetivo muestra que hay un gran acuerdo en cuando a los elementos integrantes de la estructura del bienestar subjetivo. La mayor parte de los autores coinciden en la consideración de estos tres componentes: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Cabe considerar, por tanto, dos grandes dimensiones.

Tabla 2. Componentes del Bienestar Subjetivo. Fuente: Diener, Suh, Lucas y Smith (1999).

Afecto positivo	Afecto negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Satisfacción con como otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

La primera de ellas se identifica como el componente cognitivo, mientras que los dos restantes corresponden al polo emocional o afectivo. No faltan sin embargo autores relevantes, como es el caso de Ryff (1989, 1995), que opten por ampliar estas dimensiones, haciendo especial hincapié en la aceptación y crecimiento personal del individuo así como en la adaptación e integración en su ambiente social. Logrando identificar en sus investigaciones seis dimensiones del bienestar psicológico:

- ✚ Una apreciación positiva de si misma y del pasado (autoaceptacion).
- ✚ Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez (desarrollo personal).
- ✚ La creencia de que la vida tiene propósito y significado (propósito vital).
- ✚ Capacidad para manejar con eficiencia los vínculos personales (afectos positivos).

- ✚ Capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida (dominio).
- ✚ Sentido de autodeterminación (autonomía).

En nuestra opinión este modelo resulta el más acertado teniendo en cuenta que no existe un único factor determinante del bienestar psicológico lo que reafirma su carácter multidimensional. Ello apunta al papel moderador de la cultura y la influencia personal sobre el bienestar psicológico, la influencia del tipo de personalidad, en particular su tendencia a la adaptación a eventos negativos sin olvidar las influencias de otras variables demográficas, por ejemplo, género y ocupación, que están más relacionadas con su carácter temporal, así como la etapa de la vida por la que atraviesa la persona.

La personalidad es uno de los predictores más fuertes y consistentes del bienestar psicológico y la expresión de los estados de salud. El eslabón personalidad- bienestar se sostiene en una amplia variedad de investigaciones y se han desarrollado diversas teorías para explicar porque se relaciona con el bienestar. (Cuadra y Florenzano, 2003). Así, al abordar cada uno de los indicadores del bienestar psicológico planteado por el enfoque multidimensional vemos como estos guardan relación entre si y de forma general están integrados en la categoría personalidad.

En este sentido presentaremos cada uno de los indicadores definidos en el modelo multidimensional no como elemento aislado sino como parte integrante de la organización sistémica que constituye la personalidad.

Una apreciación positiva de si misma y del pasado (autoaceptacion): Esta relacionada con formaciones estructurales de la personalidad como son la autovaloración y la autoestima. La existencia de una representación del sujeto de sobre su propia persona, de profunda significación afectiva, constituye una indiscutible realidad psicológica. En nuestra ciencia, este contenido de la personalidad ha recibido diferentes denominaciones: “yo”, “si mismo” y “autovaloración”. En todos los casos, se trata de designar una formación

esencial para caracterizar la capacidad de autoconocimiento y autorregulación que distingue al hombre como sujeto de su comportamiento.

Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez (desarrollo personal): la personalidad madura es una condición del sujeto autorregulado, que posee una identidad personal estructurada y es capaz de proyectarse al futuro mediante la elaboración de un proyecto de vida, apoyado en su concepción del mundo.

Para ello es necesario que el individuo desarrolle una serie de habilidades que tributen a su desarrollo como persona, a su crecimiento continuo en este sentido sería importante destacar lo que se conoce en la ciencia psicológica como las habilidades para vivir: capacidad para tomar decisiones, habilidad para resolver problemas, capacidad para pensar de forma crítica, capacidad para comunicarse de forma efectiva, habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, conocimiento de si mismo, capacidad para establecer empatía, habilidad para mejorar las propias emociones y por último habilidad para manejar las tensiones o estrés.

La creencia de que la vida tiene propósito y significado (propósito vital): Este indicador está relacionado con un componente estructural de la personalidad que es el proyecto de vida, Este se expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. (D' Angelo, 1998). El proyecto de vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y del comportamiento del individuo, que contribuye a delinear los rasgos de su estilo de vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad. (D' Angelo, 1998).

Capacidad para manejar con eficiencia los vínculos personales (afectos positivos): "Las personas con habilidades sociales bien desarrolladas tienen más posibilidades de sentirse satisfechas y ser eficaces en su vida y de dominar los hábitos mentales que favorezcan su propia productividad; las personas que no pueden poner cierto orden en su vida emocional libran

batallas interiores que sabotean su capacidad de concentrarse en el trabajo y pensar con claridad". (Molerio, 2004).

Capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida (dominio): Este indicador está estrechamente relacionado con el autocontrol emocional teniendo en cuenta que este constituye la capacidad del individuo de regular de manera consciente y efectiva sus diferentes respuestas emocionales en la mayoría de las situaciones, lo que permite una mayor adaptación. (Molerio, 2004)

Sentido de autodeterminación (autonomía): La autonomía, considerada como característica importante de la personalidad implica la capacidad para enfrentar los cambios y reaccionar frente a lo inesperado. Las personas autodeterminadas tienen capacidad para pensar, sentir y realizar; están igualmente orientadas hacia sí mismas, hacia los demás y hacia su entorno. Son personas con sensibilidad para valorar el pasado, vivir el presente y proyectar el futuro. Orientado hacia la conformación de proyectos de vida autorrealizadores y creativos en los disímiles ámbitos de la experiencia vital, en la actividad social y profesional. (D'Angelo, 1994). Esto se expresa en la posibilidad de pensar la realidad con criterio propio, sacar las propias conclusiones de los acontecimientos personales y externos.

Se asume el bienestar subjetivo como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida. (García, 2002)

El bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Es de todos conocidos que cuando un individuo se siente bien es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio.

Está demostrada la asociación entre algunos estados emocionales y respuestas de enfrentamiento al estrés de un tipo u otro. Todo esto explica por sí solo la relación del bienestar psicológico y la salud mental. (Victoria, C. y González, I. 2000).

1.7. Bienestar psicológico y salud mental.

El concepto de salud mental es de difícil definición. Varias son las causas. La primera es que se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico (González de Pablo y otros, 1993; Rosen, 1974).(Alvaro, J. 2006)

Existe también una estrecha relación entre el bienestar psicológico y la salud mental. Una persona con trastorno o déficit en su salud mental (no psicótica) presenta múltiples problemas psicológicos, los que provocan a su vez malestar psicológico y cierto grado de incapacidad para resolver los problemas personales y de relaciones con las otras personas.

En segundo lugar, los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos asumidos.

Existe una notable confusión entre los términos salud y enfermedad mental. Ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. Una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma (Jahoda, 1980). Mientras que los criterios convencionales para definir la enfermedad mental siguen los criterios de diagnóstico, los estudios sobre salud mental consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Desde esta perspectiva diferentes autores como Jahoda (1980) o Warr (1987) han tratado de identificar los componentes principales de

la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc. (Alvaro, J.2006)

Es también un concepto multidisciplinar que contempla, además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con el mundo laboral, el urbanismo, las clases sociales, la educación, la cultura, las creencias y las modas, en definitiva con el estar aquí y ahora siendo quienes somos por género cultura y rol social.

Por otro lado, no se puede concebir la salud como un valor absoluto sino relativo, y sujeto a múltiples contingencias. Así pues, el concepto de salud tenemos que entenderlo de manera amplia e integral y, además, como el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, como una manera de vivir que suponga el desarrollo de la potencialidad humana, que permita el goce pleno y armonioso de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y para participar en el progreso común. En cualquier caso, la salud y, por tanto, la salud mental, desde una perspectiva actual, se contempla como un proceso dinámico, por el cual todas las personas a lo largo de sus vidas atraviesan por diferentes períodos en los que el grado de salud varía dentro de ese proceso continuo: salud-enfermedad.

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de

“enfermedad” mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental.

Se comparte el criterio sobre la existencia de diferentes características de las personas mentalmente sanas, a pesar de que cada sujeto posee una forma muy específica de configuración: (www.aesm.net.)

1. Están satisfechas consigo mismo.

- ✚ No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- ✚ Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.
- ✚ Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.
- ✚ Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.
- ✚ Se respetan a sí mismas.
- ✚ Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- ✚ Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

2. Se sienten bien con los demás.

- ✚ Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- ✚ Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- ✚ Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.
- ✚ Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- ✚ No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.
- ✚ Se sienten parte de un grupo.
- ✚ Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.

- ✚ Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.
- ✚ Aceptan sus responsabilidades.
- ✚ Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.

- ✚ Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor.
- ✚ Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- ✚ Hacen uso de sus dotes y aptitudes.
- ✚ Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.
- ✚ Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- ✚ Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

Es posible que un individuo no exprese su necesidad de bienestar en términos de salud mental (porque quizás la palabra “mental” le resulte equívoca y conlleve un estigma), pero que busque alivio a su infelicidad, su angustia y su estado psicosocial o deficiente. Lo corriente es que el individuo se interese más por su disfrute de la vida, su estado de ánimo y su relación social, que por su salud física. (OMS, 1990).

Y es en este afán de disfrutar la vida al máximo, que las personas experimentan una serie de situaciones que muchas veces pueden ser perjudiciales a la salud mental, como pueden ser las dificultades que una persona tiene en sus relaciones con los demás, en sus percepciones del mundo o en sus actitudes hacia sí mismo. Pueden caracterizarse por sentimientos de ansiedad o tensión e insatisfacción con la propia conducta, excesiva atención a las áreas problemáticas, incompetencia para alcanzar los objetivos o metas propuestas e incapacidad para funcionar eficientemente en las distintas circunstancias, estos comportamientos pueden ocasionar trastornos de adaptación, como reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida para la cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante esa situación o al cambio.

En todos los trastornos de la adaptación, la reacción ante el factor que provoca estrés parece ser una intensificación de la reacción normal o una reacción que interfiere significativamente con el transcurso normal de las actividades sociales, profesionales, o educativas. Se pueden encontrar diferentes expresiones de estos trastornos: trastorno de adaptación con depresión, Trastorno de adaptación con ansiedad, Trastorno de la adaptación con

ansiedad y estado depresivo, Trastorno de adaptación con alteración de la conducta, Trastorno de la adaptación con perturbación de las emociones y del comportamiento, Trastorno de la adaptación no específico

Dentro de la función adaptativa, el estrés y la ansiedad constituirían el centro de un sistema defensivo general de los organismos ante las demandas del entorno que conllevan peligro, sea por agentes que alteran el propio medio interno (sustancias tóxicas) sea por amenazas externas (un agresor) este sistema defensivo consta de un mecanismo de alarma y de un mecanismo de movilización de recursos. El primero permite detectar la urgencia e importancia de las demandas; el segundo, transformar las propias capacidades en acciones para afrontar las demandas. (Fernández-Abascal, 1997)

En la concepción de la ansiedad como factor de adaptación defensiva, la ansiedad debe ser incorporada como parte del proceso más general de estrés. Este es un proceso que se desencadena, en el nivel biológico y psicológico, cuando las demandas ambientales, desde una infección vírica hasta un reto profesional, amenaza con exceder los recursos del organismo y causar daños, en caso de no satisfacer o reducir tales demandas (Fernández-Abascal, 1997, p. 19). Si bien hay emociones positivas ligadas a determinados tipos de estrés, como el entusiasmo ante un desafío con posibilidades de obtención de beneficios, las emociones en el proceso de estrés son predominantemente negativas, como el enfado, la culpabilidad o la ansiedad (Lazarus, 1994).

La ansiedad que puede suceder durante el primer año de estudios universitarios, aunque no sea de gran importancia, pero cuando la ansiedad, como estado emocional, no puede controlarse, es donde pueden suceder problemas físicos y psicológicos capaces de impedir el correcto desarrollo tanto cognitivo como psicosocial del ser humano.

El hecho de saber que pronto tendremos un parcial, nos hace sentirnos ansiosos: esto puede ser tanto positivo como negativo para nosotros y nuestro organismo. Por un lado puede ser positivo porque esa situación en la cual estamos propensos a desconocer lo que se nos viene encima, nos puede

motivar a tomar los libros con seriedad, pero también causarnos efectos secundarios negativos en nuestro sistema nervioso, esto ya es cuando hay un alto nivel de ansiedad. Donde se encuentran en confluencia tres determinantes: lo fisiológico, cognitivo y conductual.

También es muy común en la comunidad universitaria los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas: leve, moderada o grave y, por lo general, la persona que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- ✚ La disminución de la atención y concentración
- ✚ La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- ✚ Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- ✚ Una perspectiva sombría del futuro
- ✚ Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- ✚ Los trastornos del sueño y
- ✚ La pérdida del apetito.

Existe una categoría que se repite constantemente en la comunidad universitaria y es el estrés, que no siempre es malo, pero cuando la persona se encuentra constantemente en este estado, se produce una sobre carga que afecta la salud mental del individuo.

Sin duda alguna, Hans Selye es la persona que ha popularizado el término estrés y es también quien puede considerarse como fundador de esta área de investigación aplicada a las ciencias de la salud (Selye, 1983) entiende el estrés como una respuesta no específica del organismo. Este autor ha definido el estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así, el estrés tiene su forma y composición características, pero

ninguna causa particular” en sus trabajos mas recientes redefine el estrés enfatizando que se trata de respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él. En algunos aspectos, asume Selye, cada demanda hecha sobre el organismo es única, es decir, especifica. Calor, el frío, las drogas, el ejercicio muscular, etc.

La manera de afrontar el estrés puede afectar la salud cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para la vida. El estrés también puede impedir al individuo solicitar ayuda.

De esta forma podemos concluir que la calidad de vida, el bienestar psicológico y la salud mental se entrecruzan, se entrelazan, pudiéndose nutrir o no, de felicidad y satisfacción, lo que permitirá a la persona tener la capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Son conceptos subjetivos, propio de cada individuo, y están muy influenciados por el entorno en el que se vive y se percibe.

CAPÍTULO II

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DEL MÉTODO EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

La dicotomía entre la metodología cuantitativa y cualitativa se caracteriza por un amplio abanico de enfoques teóricos y prácticas que se van descubriendo y redescubriendo en los modos de investigar. Sin embargo, la tendencia que destaca un nutrido grupo de investigadores es a la complementariedad de ambas metodologías sociológicas, según la opinión de Denzin y Lincoln. La opcionalidad de paradigmas, estrategias de investigación o de métodos de análisis nunca ha sido tan diversa como hoy (1994:11 en L. Torres, G. Olredo, 2003).

Un punto central en la historia de la contraposición entre estos modelos y tipos de investigación es la referida a las cuestiones éticas o de compromiso y los problemas de objetividad-subjetividad que se derivan de ambos modelos.

Dentro de la tradición sociológica se ha identificado el dato cuantitativo como lo objetable, indiscutible y válido para la verificación de hipótesis y fundamentación de teorías, mientras que los datos cualitativos por ser descriptivos, de sustancia objetiva, son vulnerables y carecen de representatividad para ser generalizables.

Alvira plantea en (L. Torres, G. Olredo, 2003). Que la articulación entre ambos enfoques debe pasar por tomar en cuenta las siguientes cuestiones:

- ✚ Necesidad de redefinir el enfrentamiento entre interpretación o comprensión (en el lado cualitativo) y explicativo (en el lado cuantitativo), la propuesta es similar a la síntesis metodológica denominada explicación

comprensiva o comprensión explicativa que propondrá Lamo de Espinosa en 1990.

- ✚ Necesidad de reconsiderar la crítica cualitativa sobre la posibilidad de cuantificar y medir.
- ✚ Necesidad de reconocer que en ambas perspectivas los conceptos cumplen una misión mediadora entre teoría y observables: organizan, categorizar y hacen posible la observación.
- ✚ Necesidad de conceder importancia a la generación de teorías de ambas perspectivas, tras el cuestionamiento de las ideas tradicionales sobre verificación de teorías directamente asociadas a la perspectiva cuantitativa.

Ambas perspectivas se han desarrollado en una dinámica que aparentemente las soslaya y contrapone, cuando en realidad y esto lo manifiesta Alvira en su propuesta, han llevado un proceso de convergencia y de reconocimiento mutuo.

Para desarrollar esta investigación se optó por una metodología de investigación mixta, como ya vimos anteriormente nos permite, complementar la información obtenida de las técnicas cualitativas, con las obtenidas de las cuantitativas, lo que nos conlleva a una información más focalizada, resultados más certeros, que nos ofrece una visión más global, sobre el bienestar psicológico en la comunidad Universitaria. Teniendo en cuenta que el tema que trataremos ha sido poco o nada abordado con anterioridad, se hará un estudio exploratorio- descriptivo.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se selecciona la muestra conformada por: estudiantes, trabajadores de servicio y profesores, pertenecientes a la Universidad Central Marta Abreu de la Villas.

La muestra se selecciona atendiendo al método aleatorio estratificado, el cual consiste en dividir a la población en subpoblaciones o estratos y se escoge una muestra para cada estrato. La estratificación aumenta la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato, “a fin de lograr reducir la varianza de cada unidad de la medida muestral”. (Sampier, 2003).

Criterios generales de inclusión.

- Que la participación en la investigación sea voluntaria.
- Que pertenezcan a la comunidad UCLV.
- Estar participando activamente en sus roles en el periodo investigado, (enero-junio del 2006).
- Ser sujeto supuestamente “sano”.

VARIABLES DE INCLUSIÓN PARA PROFESORES.

- Ser profesores con experiencia y que tengan contacto con los alumnos de 1ro, 2do, 3ro, de cada carrera.

VARIABLES DE INCLUSIÓN PARA ESTUDIANTES.

- Cursar de 1ro, 2do, 3ro, de las carreras existentes en la UCLV.

VARIABLES DE INCLUSIÓN PARA TRABAJADORES.

Que tengan más de tres años de experiencia laboral en la universidad central “Marta Abreu” de las Villas.

DISTRIBUCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

Estudiantes

Se decidió tomar 5 estudiantes por especialidad. Fueron escogidos 1 de primer año, 2 de segundo año y 2 de tercero, reuniendo un total de 140 alumnos.

La muestra fue tomada de los 3 primeros cursos de la carrera ya que es en esta etapa en la que se evidencia con más fuerza las diferentes alteraciones con relación al Bienestar Psicológico. También se presentan licencias y bajas con más frecuencia que en los años posteriores.

<i>Facultades</i>	<i>C/d alumnos por año</i>			<i>Sexo</i>		<i>Edades</i>		
	1ro	2do	3ro	M	F	18-21	22-25	26-29
<i>Psicología</i>	3	5	2	2	8	9	1	0
<i>Humanidades</i>	3	6	6	6	9	10	5	0
<i>Ciencias Sociales</i>	2	4	4	2	8	5	5	0
<i>Derecho</i>	1	2	2	0	5	5	0	0
<i>Ingeniería Eléctrica</i>	4	10	6	15	5	14	5	1
<i>C. agropecuarias</i>	3	6	6	6	9	12	1	2
<i>Química Farmacia</i>	3	6	6	8	7	11	4	0
<i>Construcciones</i>	2	4	4	8	2	6	3	1
<i>Mecánica</i>	0	0	5	4	1	1	4	0
<i>Indeco</i>	5	13	2	7	13	15	5	0
<i>M.F.C</i>	7	4	4	8	7	10	5	0
TOTAL	33	60	47	66	74	98	38	4

Profesores

Se tuvo en cuenta a los profesores con experiencia en los diferentes cargos en la facultad (profesores guías, coordinador de año, entre otros) para que nos facilitaran información valiosa con relación a los estudiantes.

<i>Facultades</i>	<i>C/d de profesores por año</i>	<i>Sexo</i>		<i>Edades</i>				
		<i>M</i>	<i>F</i>	<i>22-29</i>	<i>30-37</i>	<i>38-45</i>	<i>46-53</i>	<i>54-61</i>
<i>Psicología</i>	6	3	3	5	0	1	0	0
<i>Humanidades</i>	9	3	6	2	3	2	2	0
<i>Ciencias Sociales</i>	6	2	4	3	3	0	0	0
<i>Derecho</i>	3	1	2	0	2	1	0	0
<i>Ingeniería Eléctrica</i>	12	8	4	0	4	3	3	2
<i>C. agropecuarias</i>	9	6	3	0	4	1	1	3
<i>Química Farmacia</i>	9	3	6	2	3	2	1	1
<i>Construcciones</i>	6	2	4	1	1	3	1	0
<i>Mecánica</i>	3	3	0	0	0	1	1	1
<i>Indeco</i>	12	4	8	5	2	3	2	0
<i>M.F.C</i>	9	5	4	0	3	3	2	1
<i>TOTAL</i>	84	40	44	18	25	20	13	8

Trabajadores.

Fueron seleccionados 18 obteniéndose una muestra que representa el 5% de la población de trabajadores de las diferentes áreas de servicio, que consta de un total de 360.

<i>AREAS DE SERVICIOS</i>	<i>C/D DE TRABAJADORES</i>	<i>SEXO</i>		<i>EDADES</i>				
		<i>F</i>	<i>M</i>	<i>18-25</i>	<i>26-33</i>	<i>34-41</i>	<i>42-49</i>	<i>50-57</i>
<i>Alimentación</i>	3	3	0	1	1	1	0	0
<i>Serv. Generales</i>	2	2	0	1	0	1	0	0
<i>Transporte</i>	1	0	1	0	0	0	0	1
<i>Residencia beca</i>	1	1	0	0	0	0	0	1
<i>Hotelitos</i>	2	1	1	0	0	2	0	0
<i>Dr. De Economía</i>	1	1	0	0	0	0	1	0
<i>Dr. R. Humanos</i>	1	0	1	0	0	0	0	1
<i>Dr. A.T.M</i>	1	1	0	0	0	0	1	0
<i>Rel. internacionales</i>	1	0	1	0	0	0	1	0
<i>Dr. Mtto e inversiones</i>	3	1	2	0	1	1	1	0
<i>Dr.Ext. Universitaria</i>	1	1	0	1	0	0	0	0
<i>Dpto. Cultura</i>	1	1	0	0	0	0	1	0
<i>Total</i>	18	12	6	3	2	5	5	3

REVISIÓN DE DOCUMENTOS.

Se utiliza con el objetivo de obtener información sobre la cantidad de licencias por problemas de salud y problemas psicológicos, que se presentaron entre el 2004 y lo que ha transcurrido del 2006. La información se adquirió de diferentes fuentes:

- ✚ La información que pertenece a los profesores y demás trabajadores de las áreas de servicio, fue recopilada de los fólderes N°: 401-708; 781-937; 1-300, facilitados por el departamento de Recursos Humanos.
- ✚ La información de licencias presentadas por los estudiantes fue suministrada por las secretarías docentes de cada facultad.
- ✚ También provino información de las consultas especializadas de psicología, dadas por los profesores del área clínica, entre el 2004 y el presente año.

2.2. MATERIAL Y MÉTODOS.

En la selección de los diferentes métodos, se decidió tomar un número suficiente de técnicas que permitieron obtener una información más amplia de la problemática que aborda esta investigación.

MÉTODOS UTILIZADOS Y FORMAS DE APLICACIÓN.

En esta investigación se utilizaron diferentes técnicas que permiten caracterizar las categorías que constituyen objeto de estudio de nuestro trabajo: salud, salud mental y bienestar psicológico en la comunidad universitaria.

Con vista a realizar un proceso de triangulación de métodos y buscando la consistencia, fiabilidad y credibilidad de los resultados se utilizan los siguientes métodos y técnicas:

- ✚ Entrevista semiestructurada.
- ✚ Escala de autovaloración Dembo-Rubinsteín con el objetivo de explorar la autovaloración del sujeto sobre las categorías investigadas.
- ✚ Técnica de completamiento de frases, con el objetivo de valorar la esfera afectivo motivacional del sujeto.
- ✚ Escala de Golberg, para valorar la calidad de vida percibida por los sujetos

- ✚ Cuestionario de vulnerabilidad al estrés, con el objetivo de explorar el estilo de vida en la muestra sujetos.
- ✚ Cuestionario de aislamiento y soledad, para evaluar la salud mental del sujeto.

CRITERIO DE SELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS.

Descripción de los métodos

✚ Escala de Autovaloración Dembo-Rubinsteín.

Esta metódica fue diseñada por LS. L. Rubinsteín (1979) y está dirigida a conocer la autovaloración de los sujetos, se ha utilizado mucho en la antigua (URSS y en Cuba, aunque con algunas variantes) R. Camello, (1980) y Águila (1981; y J. Grau (1982).

La prueba consta de seis líneas verticales paralelas de igual tamaño que no tienen localizado el centro. Cada línea representa una categoría.

En este trabajo la escala aplicada tiene como centro la experiencia, se enmarca en la autovaloración y tiene como base los parámetros mostrados a continuación: Salud Mental, Bienestar Psicológico, Salud, Calidad de Vida, Estilo de Vida.

Procedimiento.

En las instrucciones dadas al sujeto se le dice que debe suponer que en cada línea se colocan todas las personas del mundo de acuerdo a las categorías antes expuestas. La parte superior representa el puntaje máximo que pueden llegar a alcanzar los sujetos. En cambio, la parte inferior manifiesta con menor fuerza la vitalidad de los sujetos ante las categorías expresadas. El sujeto debe precisar donde entiende que se halla su lugar marcarlo con una señal. Luego se le pregunta que entiende por esa categoría, por qué se ubica ahí y de qué carece para llegar al máximo.

Calificación.

El análisis de los datos se realiza a través de la ubicación conferida a la persona en cada tarea y por las respuestas dadas durante el interrogatorio. Se realizará un análisis cualitativo, señalándose la tendencia general de la autovaloración que el sujeto posee.

El análisis cuantitativo se realizará gracias a la división que tiene lugar en la columna de 15 centímetros cada 25 puntos. A cada uno de estos rangos se le otorgará una clasificación:

-  0 a 25, obtendrá **mal**
-  26 a 50, obtendrá **regular**
-  51 a 75, obtendrá **bien**
-  76 a 100, obtendrá **excelente**

Técnica de Completamiento de Frases.

Descripción de la prueba.

Consiste en presentar al sujeto el comienzo de 44 frases que tratan múltiples aspectos sobre la personalidad de cada sujeto integrante de la muestra, permitiendo a la vez completarlas de modo libre y espontáneo.

Procedimiento.

A cada sujeto se le indica que complete o termine estas frases con el objetivo de conocer sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones.

Calificación.

Se realiza abordando distintas esferas: área familiar, escolar, laboral, social, matrimonial-sexual y personal.

Escala de Golberg.

Descripción de la técnica.

El General Health Questionnaire es una técnica elaborada en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados. Este cuestionario fue elaborado por Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física.

Este cuestionario ha sido considerado como algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, también se emplea el GHQ como indicador de otras categorías tales como "dimensión psicológica de la calidad de vida en el ámbito de salud".

Procedimiento.

Se le pide al sujeto que lea detenidamente cada pregunta y que responda con la mayor sinceridad posible si ha reflejado o no las situaciones que le son presentadas en las preguntas.

Calificación.

Se dará 1 punto por respuesta positiva. Las variables ansiedad y depresión fueron tenidas en cuenta para analizar la probabilidad de estos sujetos de sufrir trastornos. Ellas son mostradas a continuación:

 Ansiedad =5 y depresión= 2=trastorno ansioso depresivo.

 Ansiedad > que 5 y depresión >que 2=funcionamiento patológico.

- ✚ Ansiedad < que 5 y depresión <que 2=supuestamente sano.
- ✚ Ansiedad > que 5 y depresión <que 2= predominio de ansiedad.
- ✚ Ansiedad < que 5 y depresión > que 2=predominio de depresión.

✚ **Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés.**

Descripción de la prueba.

La escala de vulnerabilidad al estrés empleada en la investigación es una variante del Modelo de Auto-Análisis de Le. H. Miller y Smith que fue adaptado y validado para su aplicación por la Lic. en Psicología Alina Figueroa Castillo y Ana Ibis Martínez Galván, en una investigación tutorada por el Dr. Dionisio Zaldívar titulada: "Psicoterapia en fumadores: estilo de afrontamiento y estrés", que constituyó el trabajo de Diploma de las compañeras. Esta adaptación consta de 16 ítems que el sujeto deberá valorar y evaluar la frecuencia con que le ocurren estas afirmaciones.

Procedimiento.

Al sujeto se le leen las instrucciones que aparecen en la parte superior de la prueba. Se le explica que, en este modelo encontrará 16 temas en relación con hábitos y dificultades por los que suelen pasar la mayoría de las personas en algún momento. Si responde con franqueza y sinceridad ayudará a ser comprendido mejor. El sujeto debe calificar cada inciso con puntuaciones entre 1 y 5 según la frecuencia con que realice cada una de las siguientes afirmaciones, o el grado que se corresponda con su situación de acuerdo a la escala siguiente: 1) siempre, 2) Casi siempre, 3) Frecuentemente, 4) Casi nunca. Y 5) Nunca.

Calificación.

Se realiza teniendo en cuenta:

- ✚ Aspectos cualitativos: Se valora el estilo de vida del sujeto que se refleja en las respuestas del cuestionario: sedentarismo / ejercicio físico,

obesidad, hábitos tóxicos; café, tabaco, alcohol, etc. Se valorará también cómo el sujeto combina sus actividades con el período de sueño, distracciones y cómo se desarrollan sus relaciones interpersonales, así como el apoyo social (de otras personas) con el que el sujeto cree contar.

✚ Aspectos cuantitativos: Se tendrá en cuenta la puntuación obtenida por el sujeto. Es evidente que a mayor puntuación mayor vulnerabilidad al estrés. La puntuación que indicaría el nivel menor de vulnerabilidad (ideal), sería 16 y la puntuación que indicaría un nivel máximo de vulnerabilidad sería 80 (teóricamente). Para hallar los datos cuantitativos se suma la totalidad de las cifras de cada pregunta y al resultado se le resta 16. Posteriormente se ubica en el nivel correspondiente según las escalas establecidas:

✚ Vulnerabilidad al estrés: Si acumula entre 24 y 39 puntos.

✚ Seriamente vulnerable al estrés: Si acumula entre 40 y 60 puntos.

✚ Extremadamente vulnerable al estrés: Si las cifras superan los 60 puntos

✚ **Cuestionario de Aislamiento y Soledad.**

Descripción de la prueba.

Tomando como punto de partida las definiciones sobre soledad y aislamiento, la lectura de los trabajos de Sarason y Col (1983, 1987, la escala UCLA diseñada por Russell, Peplau y Cutrona (1980), y los trabajos de Lunt (1991) realizados en la Universidad de Londres sobre la percepción de la estructura causal de los sentimientos de soledad, se diseñó un cuestionario auto administrable integrado por 25 ítems.

Su construcción demandó, en una primera etapa, la redacción de un total de cuarenta ítems, operacionalizaciones de los constructos Aislamiento y Soledad. Con el propósito de elegir los que integrarían de forma definitiva el cuestionario, se solicitó la participación de tres psicólogos en calidad de jueces. Se les pidió

que leyeran detenidamente los ítems redactados y que los ubicaran en tres categorías posibles.

Cada uno de los ítems que integran esta técnica pueden contestarse sobre la base de cuatro opciones de respuestas: siempre, algunas veces, casi nunca, nunca. La persona que responde asigna un puntaje entre 1 y 4 a cada ítem según estas opciones.

Procedimiento.

Se le pide al sujeto que lea detenidamente cada frase que se refiere a su modo de ser o actuar. Debe señalar la alternativa de respuesta que mejor representa su forma de ser o actuar con un valor entre 1 y 4. Las alternativas de respuestas son: Nunca (1), Algunas Veces (2), Muchas Veces (3), Siempre (4). No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. Como requisito indispensable no puede dejar ninguna pregunta sin responder.

Calificación.

Cada uno de los ítems que integran esta técnica pueden contestarse sobre la base de cuatro opciones de respuestas: siempre, algunas veces, casi nunca, nunca, el sujeto que responde asigna un puntaje entre 1 y 4 a cada ítem según estas opciones.

Doce de los ítems evalúan soledad: 2, 3, 11, 12, 23, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 24.

Trece evalúan tendencias al aislamiento: 1, 6, 7, 8, 16, 18, 19, 21, 22, 14, 17, 20, 25.

Algunos se computan de forma directa y otros de forma inversa. Para cada una de las dos dimensiones se calcula la media aritmética y la desviación estándar. La técnica posee validez de contenido, de crédito y conceptual en la medida en que operacionalizan ambos constructores.

2.3. PROCEDIMIENTO

Primera etapa:

Búsqueda de información bibliográfica sobre la temática, establecimiento de la estrategia investigativa y solicitud de la autorización para realizar el estudio.

Segunda etapa:

Incluyó la labor directamente con las personas implicadas en el estudio. Se partió de la solicitud del consentimiento informado.

Posteriormente se aplicaron las técnicas para la obtención de la información en diferentes sesiones de trabajo. El orden de aplicación de las técnicas se estableció considerando las características de las mismas y la necesidad de lograr desde el inicio una buena empatía con los participantes. Se consideró oportuno no agotar a los sujetos durante el estudio y ofrecer adecuadas condiciones de ventilación, privacidad e iluminación.

Primera sesión

- ✚ Entrevista semiestructurada.(estudiantes) y para profesores (Cuestionario)
- ✚ Escala de autovaloración Dembo Rubinstein.
- ✚ Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés.

Segunda sesión

- ✚ Cuestionario de Aislamiento y Soledad.
- ✚ Escala de Golberg.
- ✚ Técnica de Completamiento de Frases.

Tercera etapa

Procesamiento y análisis de la información a través del Sistema SPSS/CP Versión 11.0.

Interpretaciones cualitativas de los resultados obtenidos mediante las diferentes técnicas y métodos.

CAPITULO III

PARTICULARIDADES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

3.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS

Se llevo a cabo la revisión de documentos, en los que se pudo obtener información sobre los diferentes problemas que pudieran estar afectando de una u otra manera a los habitantes de la comunidad universitaria.

Con respecto a las licencias presentadas por los trabajadores de la universidad UCLV se revisaron 2.734 de las cuales 1.143, han sido expedidas por problemas de salud física que equivale al 15.9% y 72 por problemas psicológicos, o sea 1.9%. 606, de las licencias pedidas (16.5%) fueron de mujeres y 265 (7.2%) pedidas por hombres. Entre la cantidad de edades frecuentes se pueden encontrar 165 sujetos entre 17-30 años de edad, 353 entre 31-44 años, 291 entre 45-58 años. Para obtener más información puede ver el (anexo 1).

Puede ser observado, además, la presencia de un déficit con relación a las licencias revisadas y las que aparecen en la tabla de Registro de datos sobre las licencias expedidas en los años 2004-2006, dado que muchos de los trabajadores presentan repetidas licencias entre el periodo del 2004-2006. Hay licencias que son otorgadas por maternidad y otras a personas que trabajan para la universidad pero que no permanecen en ella, como las personas que trabajan en las sucursales que tiene la universidad en las diferentes localidades.

La facultad que presentó más licencias en el periodo 2004.2006 fue Ciencias Empresariales, ver tabla No. 1.

Tabla No. 1 Registro de licencias expedidas por la facultad de Indeco entre los años 2004-2006

<i>Profesores</i>	<i>Trabajadores</i>	<i>Sexo</i>		<i>Edades</i>			<i>Problemas psicológicos</i>	<i>Problemas físicos</i>
		<i>F</i>	<i>M</i>	<i>17-30</i>	<i>31-44</i>	<i>45-58</i>		
20	16	41	5	14	17	15	1	64

El área de servicio, que solicitó más licencias fue alimentación con un porcentaje de 6.27%, apreciado en la tabla No 2.

Tabla. No. 2. Registro de licencias expedidas en el área de alimentación entre los años 2004-2006

<i>Trabajadores</i>	<i>Sexo</i>		<i>Edades</i>				<i>Problemas psicológicos</i>	<i>Problemas físicos</i>
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>17-30</i>	<i>31-44</i>	<i>45-58</i>	<i>59-72</i>		
72	52	20	10	27	24	12	1	98

Se puede notar que existe una gran cantidad de licencias mayormente solicitadas por los trabajadores de servicios, y aunque es evidente la supremacía de las licencias de salud sobre las psicológicas, hay que tener en cuenta que cualquier problema que se presente en la vida del ser humano es determinante para sentirse satisfecho consigo mismo y con el medio que le rodea, ya que estando en óptimas condiciones, tanto físicas como psicológicas, es más fácil desenvolverse en el medio y cumplir todas sus metas.

Entre los problemas psicológicos podemos encontrar diferentes patologías como las referenciadas en la tabla No 3.

Tabla No.3. Registro de patologías presentadas por profesores y trabajadores del área de servicio entre el periodo 2004-2006

<i>trastornos psicopatológicos</i>	<i>subgrupos muestrales</i>	
	<i>trabajadores</i>	<i>profesores</i>
<i>Trastorno De la personalidad descompensada</i>	2	1
<i>Trastorno Afectivo neurótico mixto</i>	1	0
<i>Trastorno Afectivo ligero</i>	1	0
<i>Trastorno Afectivo mixto</i>	3	3
<i>Trastorno de adaptación</i>	6	0
<i>Trastorno Neurótico depresivo</i>	3	0
<i>Trastorno Ansioso depresivo</i>	2	0
<i>Neurosis Histérica descompensada</i>	1	0
<i>Neurosis Depresiva ansiosa</i>	12	1
<i>Neurosis Depresiva</i>	0	1
<i>Neurosis Involutiva</i>	0	1
<i>Neurosis Ansiosa</i>	0	1
<i>Neurosis Asténica</i>	1	0
<i>EQ. Paranoide</i>	2	0
<i>Senil</i>	0	1

Siendo las más comunes las Neurosis depresivo-ansiosa con un 10.8% y Trastorno de adaptación con un 8.76%.

En la información obtenida de las facultades (anexo 2) también se puede ver una marcada diferencia con relación a las licencias por salud física sobre las licencias por problemas psicológicos, pero se debe tener en cuenta que las personas prefieren no apelar a una licencia por dificultades psicológicas, debido que esto representa un estigma en su vida que muchas veces no están dispuestas a llevar. No se debe desatender este incremento en los problemas

de salud que se presentan entre las persona de la comunidad universitaria, porque como se refiere anteriormente estos diferentes problemas pueden estar causando ciertos grados de insatisfacción, viéndose así afectado el bienestar psicológico y por ende el desempeño laboral e intelectual de las personas

En la revisión de Registros de trastornos psicopatológicos de la consulta especializada de psicología de la U.C.L.V. (Anexo 3), se reportaron 132 consultas de las cuales 20 pertenecen a los profesores de diferentes facultades, 18 de trabajadores de servicios y 91 pertenecientes a estudiantes también de diferentes facultades.

Tabla No. 4 Registros de trastornos psicopatológicos de la consulta especializada de psicología de la U.C.L.V.

<i>Trastorno</i>	<i>Síndrome</i>	<i>Ttno. de la alimentación</i>
<i>De la Pd. (intento suicida)</i>	<i>Obsesivo compulsivo</i>	<i>Bulimia</i>
<i>Pd. dependiente</i>	<i>Ans. depresivo</i>	
<i>Pd. Esquizoide</i>	<i>Depresión</i>	
<i>Pd. ansioso</i>	<i>Obsesivo</i>	
<i>De Pd.</i>	<i>Ansioso</i>	
<i>Adaptación</i>	<i>Asténico</i>	
<i>Post-traumático</i>	<i>Desviación sexual</i>	
<i>Sicótico</i>	<i>Disf. sexual</i>	
<i>De identidad</i>	<i>Fobia</i>	
<i>Ansiedad</i>	<i>Alcoholismo</i>	
<i>De lenguaje</i>	<i>ETS</i>	
<i>Obsesivo</i>		
<i>Neurótico</i>		
<i>afectivo</i>		

Entre los trastornos más comunes se encontraron: trastorno de personalidad con un porcentaje de (35,64%) trastorno de adaptación, con un (42.24%)

síndrome ansioso con un (19.8%) y trastorno de identidad con un (9.24%), siendo la facultad de Indeco donde se evidenció un mayor índice de asistencias a la consulta especializada de psicología con un porcentaje de (26.4%) Véase la tabla No. 5

Tabla No. 5. Registro de casos presentados en consulta especializada de psicología de la facultad Indeco

<i>Profesores</i>	<i>Estudiantes</i>	<i>Trabajadores</i>	<i>Sexo</i>		<i>Edades</i>	
			<i>F</i>	<i>M</i>	<i>18-29</i>	<i>30-41</i>
3	17	0	14	6	17	3

Estos solo son algunos de los problemas que se están presentando entre las personas de la comunidad universitaria, las que tuvieron la iniciativa de buscar ayuda. Se hace necesario expandir esta colaboración a las personas que están padeciendo alguna patología o alguna situación de estrés, ansiedad, depresión, entre otras que pueden desencadenar en algún trastorno mayor lo cual afecta la adecuada autoconcepción, las buenas relaciones con las personas que le rodean. Situación que puede influir en el establecimiento de metas que estén a su alcance así como en el desarrollo de sentimientos positivos hacia su crecimiento personal.

3.2. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS DIFERENTES TÉCNICAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

En el 80% de las personas manifestaron tener pareja y el método de protección más usado es el condón, con un 90% y el (2.8%) expresa tener hijos. El 100% de la muestra conviven con los padres, abuelos u otro familiar y un (70.4%) refieren mantener buenas relaciones con los mismos, en un porcentaje menor (20.5%) aducen no tenerlas con sus padres específicamente. En cuanto a los hábitos tóxicos el 80% fuman, y el 60% toman bebidas alcohólicas en reuniones sociales.

El tiempo libre lo dedican algunas veces a realizar ejercicios y compartir con sus parejas y amigos; siendo estos a quienes acuden cuando se encuentran frente a una situación conflictiva, esto se puede evidenciar en algunas verbalizaciones dadas por las personas ante la pregunta *¿Cuándo tiene alguna situación conflictiva a quien acude?*, “A mis amigos porque en ellos tengo más confianza”, “A mi pareja ella me conoce y su sentido común me ayuda mucho, ve las cosas desde óptica diferente”, “A mis amigos porque con ellos es con quien más vivo”, “ a mis amigos porque con mis padres no se puede hablar”, “A mis amigos o a mi novia, pero nunca a mis padres, ellos no me comprenden”, evidenciando en la mayoría de las personas la capacidad para manejar con eficiencia los vínculos personales con respecto a los amigos, pero revelando dificultades en las relaciones familiares, lo que es de gran preocupación debido a la importancia de estas para el desarrollo del ser humano, y muy importantes en la época universitaria donde se surgen tantas preguntas y sentimientos ambivalentes.

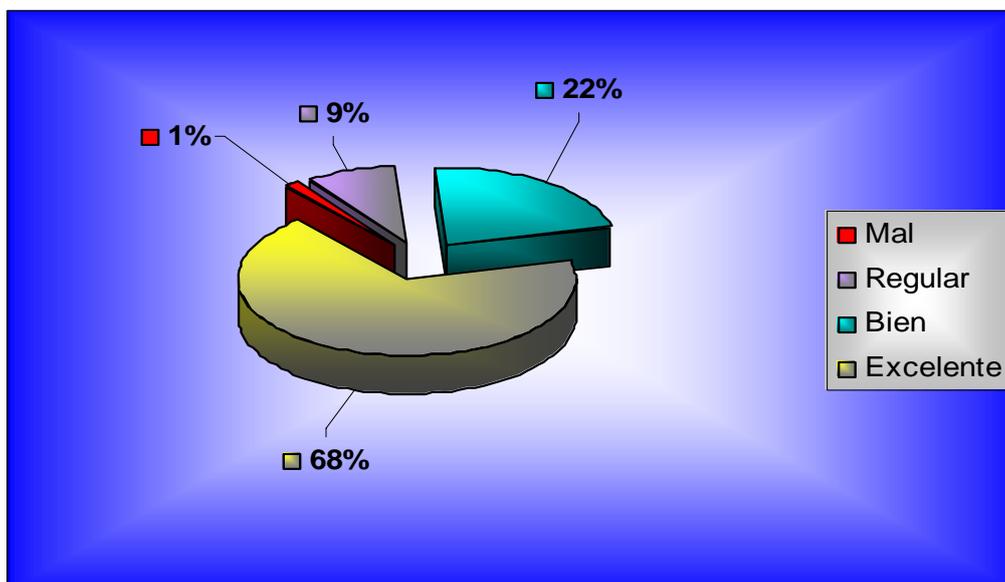
A modo general, el 70.2% de los sujetos manifestaron sentirse satisfechos con ellos mismos aunque les gustaría mejorar algunas áreas de su vida, por esta razón se plantean diferentes metas a corto y largo plazo, estas metas no solo

son referidas en términos de desarrollo intelectual, sino también en el área familiar y afectiva. Cuando se les preguntó: *¿Cómo te sientes contigo mismo?* Expresaron: “Muy bien”, “Me siento realizado hasta lo que va de mi vida”, también se pudieron encontrar respuestas donde se expresaba insatisfacción hacia su persona en especial hacia su aspecto físico, esto se puede ver reflejado en las siguientes respuestas dadas ante la pregunta planteada anteriormente: “Menos con mi peso conforme con lo demás”, “regular quisiera ser más delgada para usar ropa bonita”, “un poco insatisfecha porque quisiera ser más alta”. “Regular”, “decepcionada”. Ante la pregunta, *¿Cuáles son tus metas futuras?* Manifestaron: “Llegar hacer alguien en la vida”, “Graduarme y tener una familia”.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DEL DEMBO RUBINSTEIN

Existe un conocimiento erróneo sobre las diferentes categorías (Salud, Estilo de vida, Bienestar psicológico, Salud mental, Calidad de vida) considerando de esta manera que la percepción que tienen los sujetos de las diferentes subgrupos muestrales ha influido significativamente en la ubicación. Para facilitar la comprensión del análisis se realizará por categorías.

SALUD PERCIBIDA



Como se puede observar en el gráfico anterior el 68% de las personas se ubican en excelente, seguido por un porcentaje de 22% en bueno, demostrando que se consideran portadores de una buena salud. Estableciéndose una apreciación positiva de sí mismos, lo que pudiera definirse como autoaceptación. Como muestra de esto, se pueden referir algunas verbalizaciones dadas ante la pregunta:

¿Qué es para Usted ser saludable?

“Tener buena salud

“Tener algo a favor de la vida”

“No padecer de muchas enfermedades”

“tener higiene, buen porte y aspecto”

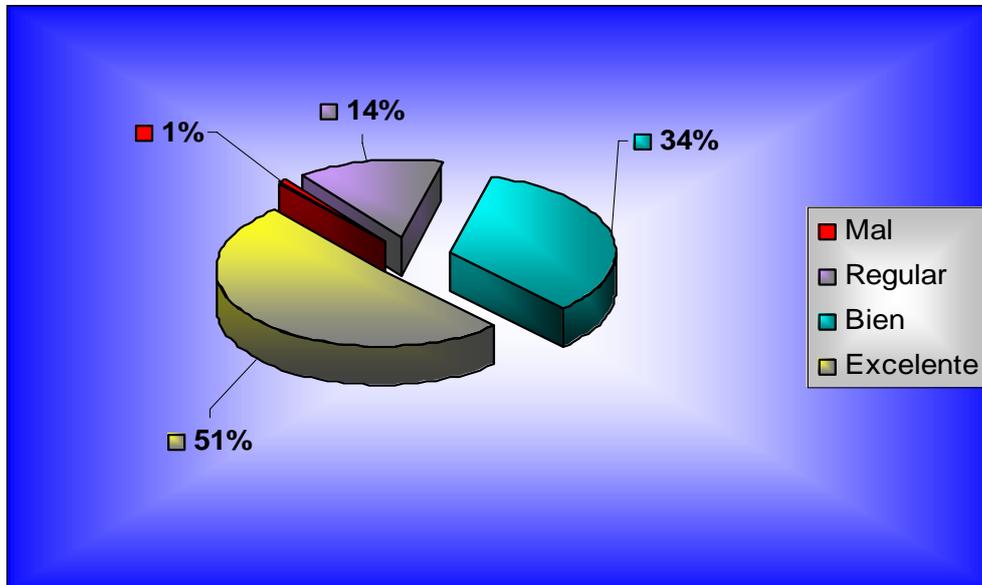
En algunos personas estas concepciones inadecuadas influyeron de manera notoria en su ubicación en la escala, pero también se debe destacar que un porcentaje menor 18.65% tuvieron una valoración más acertada, del concepto, esto se pudo estimar gracias a las respuestas dadas ante la pregunta.

¿Qué es para Usted ser saludable?

“Buenas condiciones físicas y mentales”

“Bienestar físico, social y psicológico”

ESTILO DE VIDA PERCIBIDO



En la escala de estilo de vida, el 51% de las personas se ubica en excelente, en un segundo lugar tenemos el rango de calificación de bueno que ocupa un porcentaje de 34%. Apreciándose como en un 60.4% de las personas se expresan mediante un lenguaje coloquial lo que se evidencia en la siguiente pregunta:

¿Qué es para usted Estilo de vida?,

“La forma en la que vivo”

“La forma que uno escoge para vivir”

“Mi forma de apreciar la vida”

“La forma de ser con los demás”

Es oportuno mencionar que un 15% de la muestra admitió no tener conocimiento sobre el concepto y otros a pesar de poseer una idea errónea se ubicaron de manera favorable. Lo que significa que no todas las personas que están ubicadas en el 51% y en el 34% tienen una idea adecuada, esto se constata en algunas respuestas:

¿Qué es para usted Estilo de vida?,

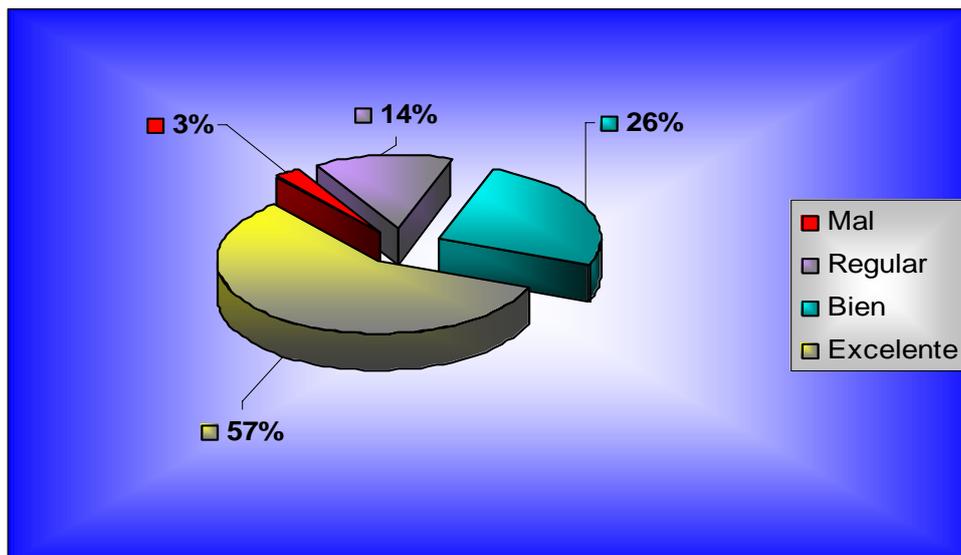
“Salir a muchas fiestas”

“Tener muchas mujeres”

“Pasear mucho”

“Tener dinero para salir a cualquier lugar”

BIENESTAR PSICOLOGICO PERCIBIDO



En este caso, el 57% de las personas se ubicaron en excelente, evidenciando de esta manera no solo la autoaceptación sino su capacidad de controlar en forma efectiva el medio y la propia vida, generando así sentido de autodeterminación y desarrollo personal, esto se puede ver reflejado en las respuestas más frecuentes proporcionadas ante la pregunta:

¿Que es para usted bienestar psicológico

“Estar bien con uno y el contexto”

“Sentirse bien con algo, hacer y que resulte satisfactorio”

“El estado emocional y psicológico”

“Paz, tranquilidad”

“Sentirse bien”

“Estar bien psicológicamente “

“Bien con uno mismo

Aunque algunas pudieran estar no muy lejos del concepto no se tiene una apreciación adecuada, que les serviría no solo para ampliar sus conocimientos, sino que teniendo una idea clara y correcta de lo que significa el bienestar psicológico, también estarían en una posición más favorable de calificar este aspecto psicológico en sus vidas.

De igual forma que en casos anteriores se presentaron personas con una incidencia del 15% que declararon no saber lo que significaba este concepto. También podemos encontrar algunas respuestas menos adecuadas en un 45%, que bien vale la pena mencionar:

¿Que es para usted el bienestar psicológico?

“Sentir la mente muy despierta”

“Estar sin preocupación”

“No tener ningún trastorno mental”

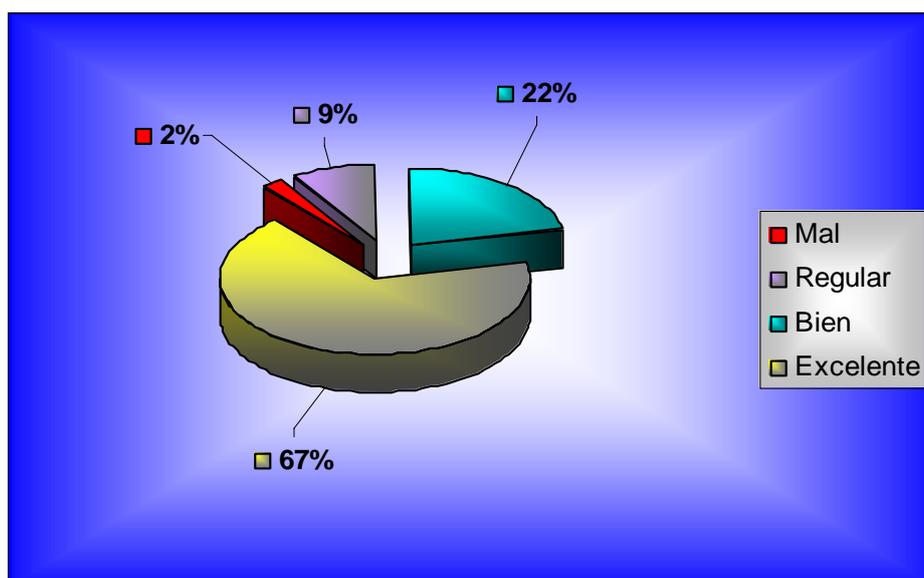
“Tener pensamientos claros en la vida”

“Estar en plenas capacidades”

“Tener la conciencia tranquila”

“Ser realista”

SALUD MENTAL PERCIBIDA



La salud mental tiene el porcentaje más alto el 67% se ubicaron en el rango mayor de calificación, excelente, porque consideran que tienen una muy buena salud mental. Esto se puede ver de manifiesto en las siguientes expresiones:

¿Que es para usted salud mental?

“Logar equilibrio psicológico”

“Tener los pensamientos en orden”

“Condiciones mentales”

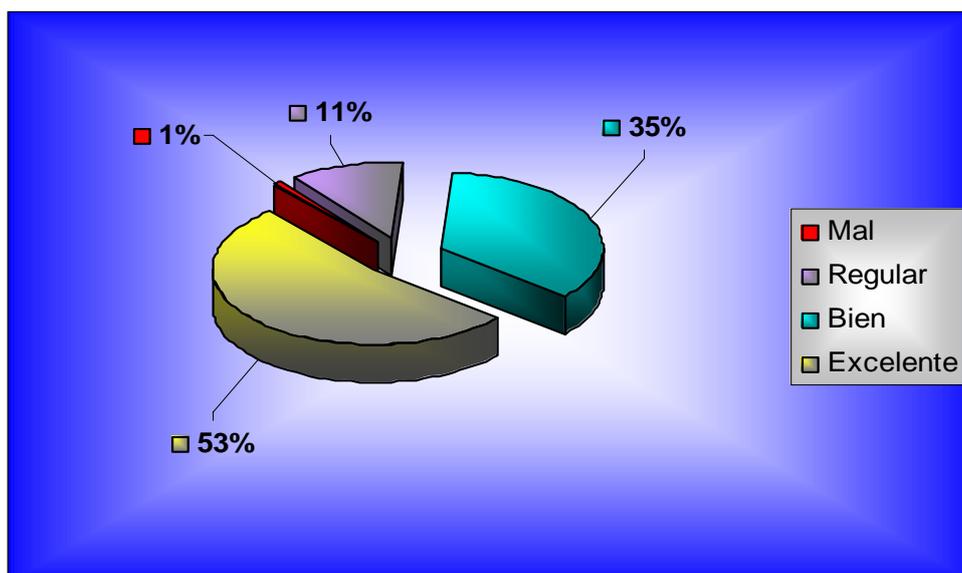
“No estar enfermo mentalmente”

“Todo lo del carácter”

“Sentirse bien con uno mismo y los que nos rodean”

Se debe tener en cuenta que en las respuestas obtenidas no se estableció una apreciación adecuada, debido a que se valora la salud mental como la mera ausencia de problemas mentales y esto es solo uno de los aspectos a tener en cuenta a la hora de calificar la salud mental. También se presentó un 10% de sujetos que no respondieron porque no sabían.

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA



En la gráfica anterior se puede apreciar que el mayor porcentaje se ubicó en la categoría excelente como en casos anteriores con un 53%, considerándose poseedores de una calidad de vida óptima, aunque las respuestas van reflejadas solo a uno de los aspectos que compone el concepto, es así que se considera a la calidad de vida como la cantidad de bienes materiales y el poder monetario que posee cada persona. Ahora veremos algunas de las respuestas más comunes:

¿Que es para usted calidad de vida?

“Poder monetario”

“Buen estilo de vida”

“Equilibrio material y espiritual”

“Ser saludable tener bienestar psicológico para gozar el medio ambiente”

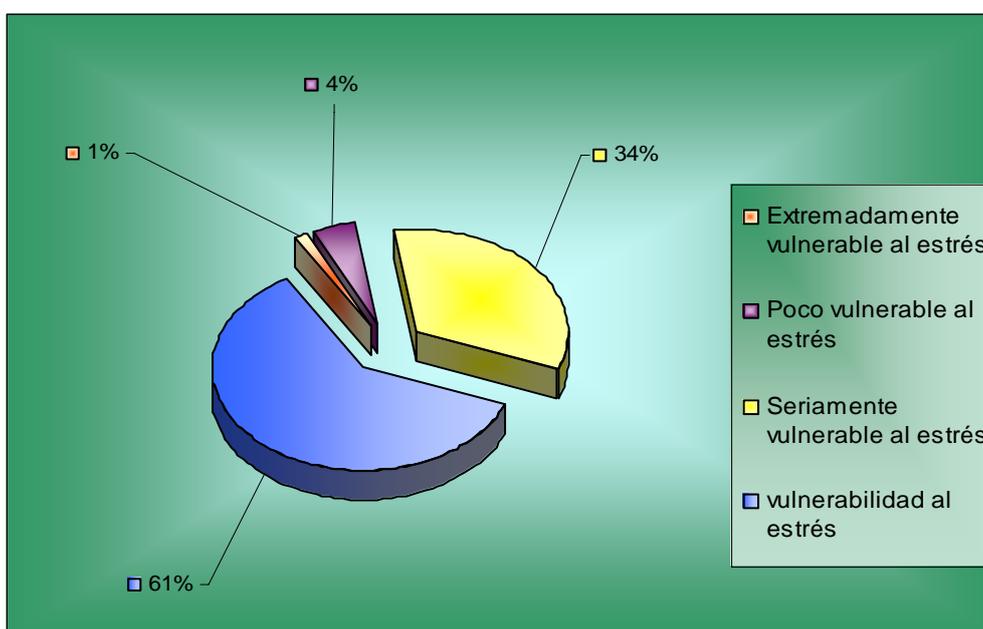
“Condiciones materiales, sociales y espirituales”

“Tener todo lo que quiero”

“Condiciones de vida que tengo”

“Sentirse bien física y Psicológicamente”

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA TÉCNICA VULNERABILIDAD AL ESTRÉS



El mayor puntaje lo obtuvo vulnerable al estrés con el 61% y le sigue seriamente vulnerable con 34%.

Los indicadores más afectados en este sentido se relacionan con dificultades en cumplir los horarios de sueño, “frecuentemente, casi nunca duermen de 7 a 8 horas al menos 4 veces en la semana”, no existen afectaciones relacionadas con la asistencia a eventos sociales para divertirse; además se valora que frecuentemente se posee una red de conocidos o amigos en los que pueden confiar sus problemas. Por otro lado el 70% de las personas practican algún deporte hasta sudar al menos una vez a la semana. Corroborando lo mencionado anteriormente que lo sujetos manifiestan una actitud positiva hacia si mismo, además de una capacidad para controlar en forma efectiva el medio y la propia vida lo que conlleva a desarrollar sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez.

En los ítems relacionados con los hábitos tóxicos, el 65.4% admitieron fumar frecuentemente o casi siempre media cajetilla de cigarrillos al día, el 63.4% de la muestra toma 3 tazas de café al día. No se detecta en igual cuantía el consumo de bebidas alcohólicas “nunca toman más de cinco tragos a la semana.”

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO Y SOLEDAD

En los ítems relacionados con aislamiento podemos apreciar que algunas de las repuestas fueron negativas, lo que hizo que se obtuviera una mayor puntuación que en la categoría soledad.

Para comprobar la primacía de una categoría sobre la otra, se decide comparar los puntajes usándose la prueba no paramétrica de los *Rangos con signo de Wilcoxon*.

Se pudo concluir que no son iguales y con la media nos dice que el aislamiento es mayor.

Hipótesis fundamental Ho: No existen diferencias entre los índices.

Hipótesis alternativa H1: Existen diferencias entre los índices.

En el las subsiguientes comparaciones se trabajó de la misma manera.

La significación que nos da SPSS es $0.000 < 0.05$.

Rangos

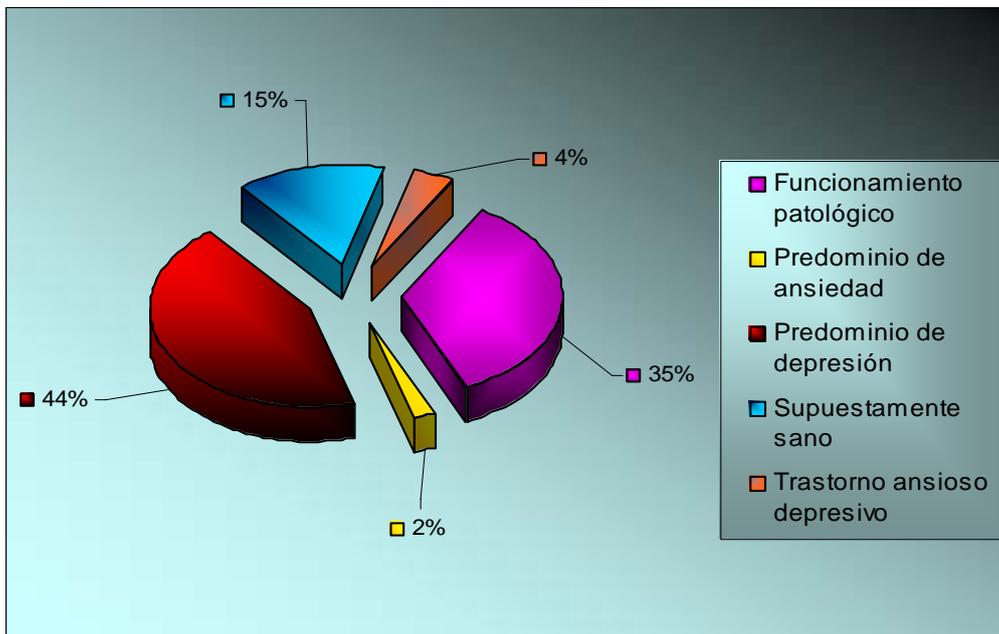
	N	Rango promedio	Suma de rangos
AISLAMIE - SOLEDAD Rangos negativos	49 ^a	49,02	2402,00
Rangos positivos	87 ^b	79,47	6914,00
Empates	4 ^c		
Total	140		

a. AISLAMIE < SOLEDAD

b. AISLAMIE > SOLEDAD

c. SOLEDAD = AISLAMIE

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE GOLBERG



El porcentaje más alto fue obtenido por el predominio de depresión con un 44%, lo que significa que en la escala de ansiedad obtuvo una puntuación menor que 5 y en la escala de depresión una puntuación mayor que 2, en esta escala las repuestas más frecuentes fueron:

10. *¿Se ha sentido un bajón de energía?*
13. *¿Se ha sentido desesperado y sin ilusión?*
14. *¿Ha tenido dificultades para concentrarse o ha notado su mente menos clara y con peor memoria?*
16. *¿Suele despertarse demasiado pronto en las mañanas?*
17. *¿Se ha sentido lento?*

Estas respuestas denotan que pudieran estar afectando su vida en múltiples esferas. Es posible que la depresión les está afectando ó no les este afectando de una manera tan drástica pero pudiera estructurarse en un futuro mediato o a largo plazo como un síndrome psicopatológico de no tomarse medidas a tiempo.

También se puede apreciar que un 35% pertenece al funcionamiento patológico es decir las personas obtuvieron una calificación mayor que 5 en la tabla de ansiedad y una calificación mayor que 2 en la tabla de depresión y de esta manera teniendo la posibilidad de sufrir trastornos importantes lo que coincide con lo dicho anteriormente sobre el cuidado que se debe tener con las personas para disminuir las probabilidades de daños irreparables y afectando así lo que se ha mencionado sobre la autodeterminación, el dominio del medio, el establecimiento de relaciones positivas, el desarrollo personal, entre otros.

Se expresa un funcionamiento patológico cuando se demuestran altos índices en las escalas de depresión y ansiedad, en este caso se referencia las aportaciones del sujeto en relación a la última, debido a que anteriormente se recogieron las verbalizaciones relativas a la depresión:

1. *¿Se ha sentido tenso, nervioso “con los nervios a flor de piel”?*
2. *¿Se ha sentido ansioso, inquieto, preocupado?*
4. *¿Ha tenido problemas para relajarse?*
5. *¿Duerme mal?*
6. *¿Ha tenido dolores de cabeza o en la nuca?*
8. *¿Esta preocupado por su salud?*
9. *¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?*

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA TECNICA DE COMPLETAMIENTO DE FRASES

Para la interpretación y posterior análisis, se consideró tener en cuenta la valoración por áreas: familiar, escolar, laboral, social, matrimonial-sexual y personal de los sujetos.

En la exploración se constató como relevante la esfera escolar donde un 90% de los sujetos establecen como un indicador a considerar la actitud positiva hacia el *contexto universitario*, como también la preocupación por los estudios, culminar la carrera y el lograr un buen desempeño de sus funciones como futuros profesionales en su especialidad. Por otro lado, el 20.5% expresan como negativo

el *contexto universitario*, pero esta apreciación no repercute hacia aspectos relacionados con sus estudios de forma general.

Frase 1: *En la universidad: "me siento bien"*
Frase 3: *Este lugar: "me resulta agradable"*
Frase 4: *Mi preocupación principal: "los estudios"*
Frase 5: *Deseo: "graduarme"*

En cuanto a las expresiones negativas se pueden apreciar las siguientes frases:

Frase 1. *En la universidad: "no soy feliz a plenitud"*
Frase 2. *Este lugar: "no me gusta"*

De modo general se puede establecer que existe una valoración adecuada en la esfera escolar manifestada hacia el *contexto universitario*, que a pesar de existir un componente negativo, no representa en si un aspecto que difiera de lo expresado por la generalidad de los sujetos investigados. 15% de las expresiones se hallan matizadas por elementos afines a las relaciones con sus amigos, colectivos que interactúan en su dinámica diaria como las frases siguientes: "Compartiendo con amigos", "Cuando yo estoy con mis amigos".

También se plantean aspectos relacionados hacia la formación de propósitos, metas o aspiraciones mediatas, inmediatas y futuras, que los conllevan a una preocupación por los estudios, graduarse y ser buenos profesionales donde se evidencia la importancia de las mismas en su vida, promoviendo una estructuración de sus vidas, a la vez de controlar efectivamente el medio en que se desenvuelven que denota un dominio y una estructuración de su desarrollo personal.

Frase 4. *La preocupación principal: "los estudios"*
Frase 30. *Me esfuerzo diariamente por: "estudiar"*
Frase 35. *Mis aspiraciones son: "graduarme y ser un buen profesional"*

En el 70.5% de los sujetos, aparecen valoraciones relacionadas con la esfera familiar en términos de sentimientos de satisfacción y vivencias positivas, expresando felicidad, esfuerzo y motivación, lo que determina como el contexto familiar se presenta como un agente mediador en el desarrollo personal, social y escolar en los sujetos.

Frase 17. *Mi familia: "es todo para mí"*

Frase 18. *El tiempo mas feliz: " es cuando estoy con mi familia"*

Frase 23. *Me satisface: "estar con mi familia"*

En otras expresiones, un 20.5% manifiestan en esta misma esfera sentimientos de insatisfacción y experiencias negativas. Donde se expresan preocupaciones, temores e interacciones inadecuadas con la familia. Además antecedentes de familias uniparentales, lo que crea una disfuncionabilidad en la armonía familiar. Ello evidencia la aparición elementos que matizan la dinámica de estas personas de forma inadecuada, que tienden de alguna manera a frenar su autoaceptación y a no crear afectos positivos necesarios para el crecimiento personal de los sujetos.

Frase 7: *Mi mayor problema: "mi familia"*

Frase12. *Sufro: "solo de pensar en mi familia"*

Frase 16 *Mi familia: "tiene mil y un problema"*

Frase.31.*Me cuesta trabajo: "comunicarme con mis padres"*

Frase.32 *Mi mayor deseo: "es haber tenido una padre con quien pueda hablar"*

En cuanto a los indicadores relacionados con la esfera personal-social, el 85% las personas expresan satisfacción consigo mismo, la ocupación del tiempo libre, valoraciones positivas hacia la amistad, la felicidad, la salud, el trabajo, relaciones de pareja y proyectos y planes futuros de vida, evidenciando cómo estos componentes son potenciadores para el desarrollo de una adecuada autodeterminación en el sujeto como también posibilita, en otras palabras, el bienestar psicológico.

Frase 8. El trabajo: “es necesario para el desarrollo humano”

Frase 11. La felicidad: “es muy importante para mi”

Frase 13: Mi salud: “esta en perfecta condiciones”

Frase.20:No puedo “olvidar todas las cosas buenas que aprendí en la vida militar”

Frase 30: Me esfuerzo diariamente por: “por obtener lo que quiero, vivir en familia, realizarme profesionalmente”

Frase 35: Mis aspiraciones: “son volver a trabajar para tener independencia económica”

También se pudo apreciar en algunos estudiantes respuestas indicativas de una pobre autodeterminación, elemento que, indudablemente, influye en su toma de decisiones y en las conductas que se siguen ante las demandas de la vida cotidiana.

Frase 7: Mi mayor problema es: “ poder tomar las decisiones a tiempo”

Frase 10: Quisiera ser: “una persona que tome decisiones rápidas y firmes

Frase 24: Algunas veces:” no hago las cosas en el momento adecuado”

3.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA DIFERENTES TÉCNICAS APLICADAS A LOS TRABAJADORES

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Se puede concluir que el 100% de las personas tienen pareja. El 80% están casados. El 50% manifestó que no se protegen en las relaciones sexuales. El método de protección más utilizado es el condón y otros métodos anticonceptivos. El 60% de los sujetos tienen hijos.

Con respecto a sus hábitos tóxicos encontramos que el 80% fuma según expresiones “Fumo para relajarme”, “Es algo que me gusta”. En ocasiones consumen bebidas alcohólicas, casi siempre cuando asisten a eventos sociales.

El 90% no practican ejercicio por falta de tiempo, debido a que todo ese tiempo lo dedican a trabajar y a realizar labores domésticas. En cuanto a sus metas son referidas en el ámbito familiar y laboral en aras de mejorar su situación económica para el bienestar de sus familiares, aspecto este que fue expresado ante la pregunta:

¿Cuáles son sus metas a largo plazo?

“Tener una linda familia”

“Tener un mejor trabajo, para tener más dinero”

“Buenos resultados en el trabajo”

“Arreglar mi casa”

Ante situaciones conflictivas, acuden a sus parejas u otro familiar cercano, porque existe más confianza y así es más fácil solucionar el problema. En el ítem referido al análisis de sus vidas, las actividades, deseos, situaciones que le satisfacen y generan o podrían generar placer, alegría, felicidad. Siendo las respuestas más comunes:

“Sentirme querido”

“Buenos resultados en el trabajo”

“Tener una buena familia”

“Que mis hijos estén sanos”

“Estar con mi familia”

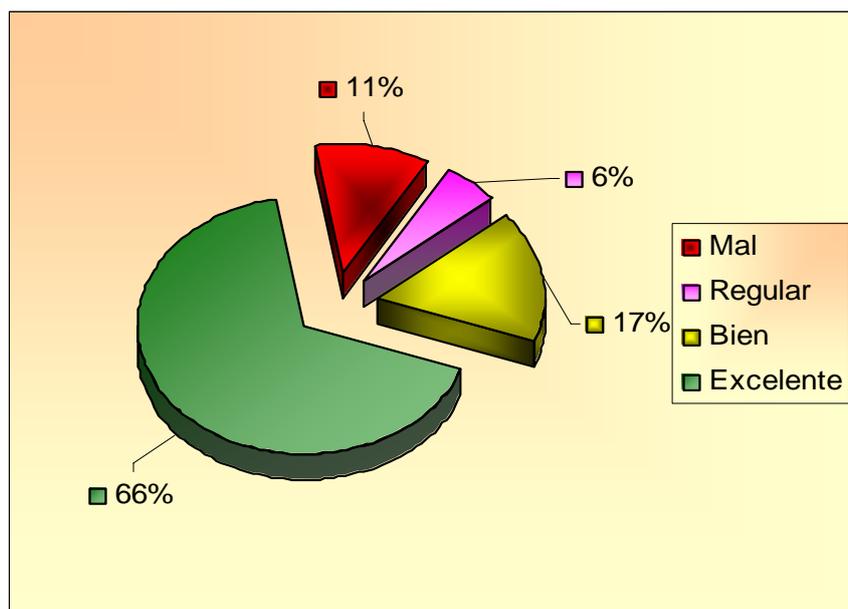
Se puede concluir que los sujetos dirigen toda su vida en función de satisfacer las necesidades económicas en pro de mejorar la vida de sus familiares, dejando de lado sus propias vidas, su superación, satisfacción personal y demás intereses. A lo que refieren sentirse satisfechos con la vida que llevan.

Sería oportuna una especial atención a estas personas, debido a la situación que presentan. Es importante que logren un equilibrio en su dinámica personal, familiar y social, para evitar, oportunamente, el desarrollo de diferentes trastornos que puedan afectar su salud física y su funcionamiento psicológico, y por ende su autoaceptación, dominio del medio, afectos positivos, entre otros. Dichas situaciones afectarían a las personas que los rodean que en este caso la familia, su área laboral y sus amistades.

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA ESCALA DE AUTOVALORACION

Es apreciado que el conocimiento de las categorías (Salud, Estilo de vida, Bienestar psicológico, Salud mental, Calidad de vida) es inadecuado o nulo. Lo que, indudablemente, estaría influyendo en la ubicación en la escala. El análisis respectivo se realizará por categorías para facilitar su comprensión.

SALUD PERCIBIDA



El 66% de las personas se ubican en el rango de excelente y un 17 % se ubican en el rango de bueno, observándose de esta manera una apreciación positiva sobre sí mismos, aunque sólo vean la salud como la ausencia de enfermedad física. Estas se pueden apreciar en las siguientes verbalizaciones manifestadas por los sujetos:

¿Que es para usted salud?

“No enfermarse

“Todo en la vida es salud”

“Ser bueno”

“Lo mejor”

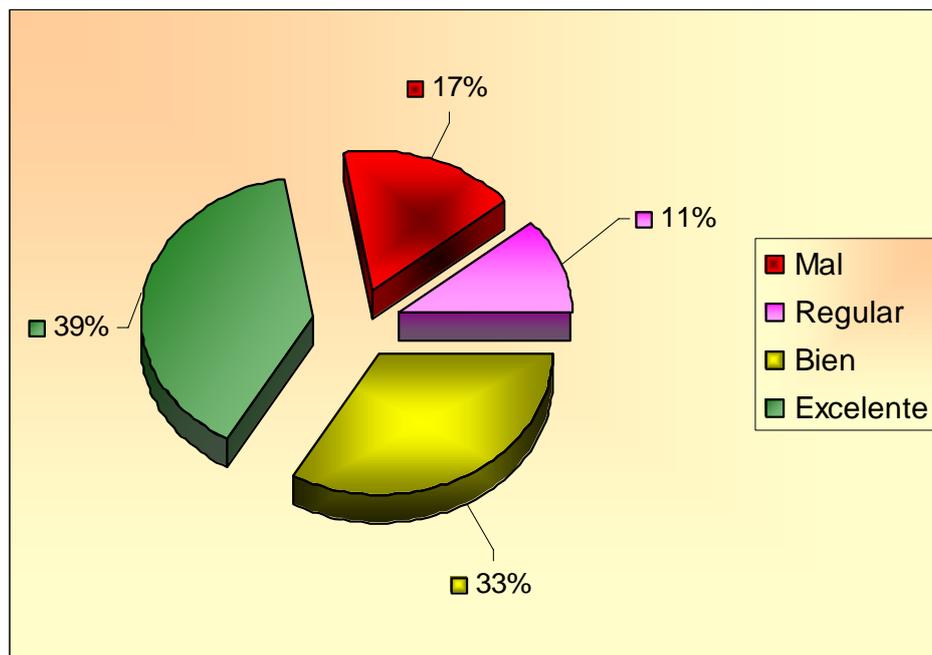
Lo anterior revela que existen dificultades en la concepción adecuada de esta categoría, aspecto que repercute de manera significativa en su ubicación en la escala.

También se puede apreciar una situación que antes no se había presentado, relacionada con un alto porcentaje en el rango que califica como mal el 11% de las personas que han percibido su salud mental de igual forma, pero guiada de por una idea errónea sobre su significado real.

“No tener problemas en mi mente”
“Estar siempre feliz”

Sin embargo, gracias a estas respuestas se podría decir que las personas perciben su salud y su vida en alguna medida como insatisfactoria, lo que pudiera estar afectando sus relaciones con el medio y consigo mismo.

ESTILO DE VIDA PERCIBIDO



El 39% de las personas se ubicaron en el rango de excelente, y en algunos las respuestas manifestadas no fueron del todo equivocadas, al igual que los estudiantes, los trabajadores poseen una idea vaga sobre el tema, entre las respuestas más comunes podemos apreciar estas:

¿Que es para usted estilo de vida?

"Forma de vivir, costumbres"

"Como me desenvuelvo en la vida"

"La forma en que decido llevar la vida"

Un 3% de las personas que prefirió no contestar nada, argumentando no saber nada al respecto. El 54% de los sujetos dieron respuestas no tan cercanas al concepto, pero aun así se ubicaron en bueno o excelente. Entre las respuestas más frecuentes podemos ver:

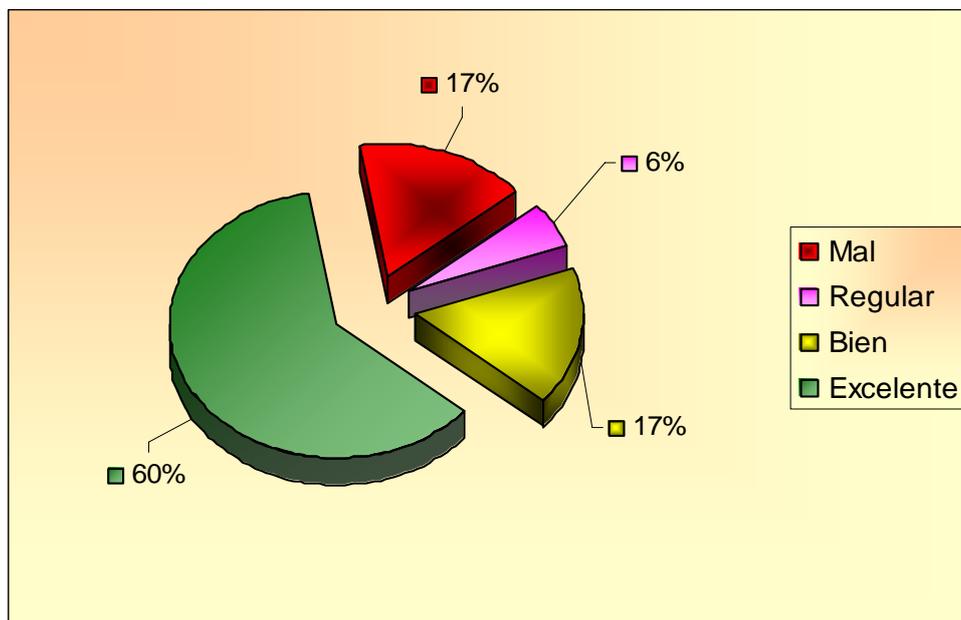
"Vivir lo más aceptable posible"

"Tener comodidades"

"Es algo normal"

"Tener satisfacción"

BIENESTAR PSICOLÓGICO PERCIBIDO



En este caso, el 61.1% de las personas se ubicaron en excelente, evidenciando la autoaceptación de la persona y su creencia de tener la capacidad de controlar en forma efectiva el medio y su propia vida, generando así el sentido de autodeterminación y desarrollo personal, aunque esto se encuentre en

contradicción con lo expresado en otras técnicas realizadas. Lo anteriormente referido se puede ilustrar con las siguientes expresiones:

¿Que es para usted bienestar psicológico?

“No tener ningún problema”

“Ser aceptado por los demás y aceptar a los demás”

“Ambiente externo e interno psíquico normal”

“Sentirme bien y no necesitar tratamiento”

“Estar siempre tranquilo”

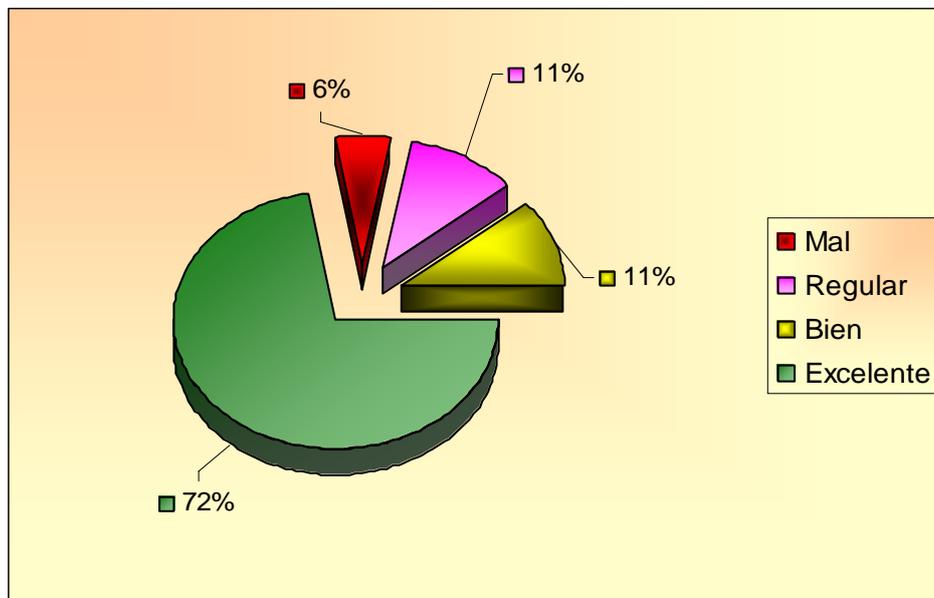
“Salud sin preocupaciones”

“Controlar mi mente y cuerpo”

“Apta psicológicamente”

Aunque algunas frases pudieran estar no muy lejos del concepto no se tiene una valoración adecuada, que les permitiría ubicarse, de una manera acertada, en la escala y tener una mejor apreciación sobre sus vidas.

SALUD MENTAL PERCIBIDA



En el caso de los estudiantes esta categoría obtuvo la mayor puntuación en el rango de excelente 72%, pero sus respuestas no fueron positivas, ampliando así la posibilidad de una ubicación equivocada. Entre las respuestas más comunes se encuentran.

¿Que es para usted salud mental?

“No tener problemas mentales”

“Coordinación lógica de las cosas”

“Tomar las cosas como son, sin dar importancia a lo que no se lo merece”

“Tener comodidades y no tener problemas”

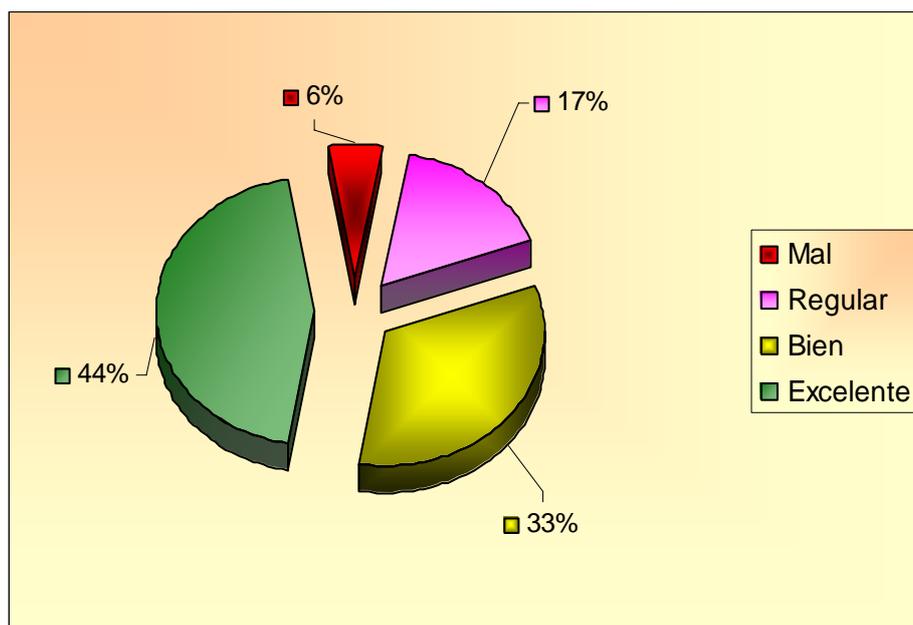
“Todo”

“No tener preocupaciones”

“Es algo especial poder tener buena memoria”

Algunas de las respuestas son bastante alejadas del concepto, también debe resaltarse que las respuestas de un 80% de las personas fueron muy simples en contenido, además les resultaba muy complejo llegar a concluir las ideas o simplemente argumentaban “No se me ocurre nada”, “No se que pueda hablar de eso”. Ello evidencia un desconocimiento de esta categoría al igual que en las anteriores. En general, se puede concluir que en la mayoría de los sujetos esto es consecuencia de su bajo nivel educativo.

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA



En este indicador reinciden las concepciones inadecuadas y es evidente cómo esto influyó en su ubicación en la escala, obteniéndose un porcentaje de 44% en el rango de excelente. La calidad de vida se considera como condiciones materiales que se posee. Entre las respuestas más frecuentes se encontraron:

¿Que es para usted calidad de vida?

“Vida placentera”

“Tener lo mínimo e indispensable en todas las cosas materiales y espirituales”

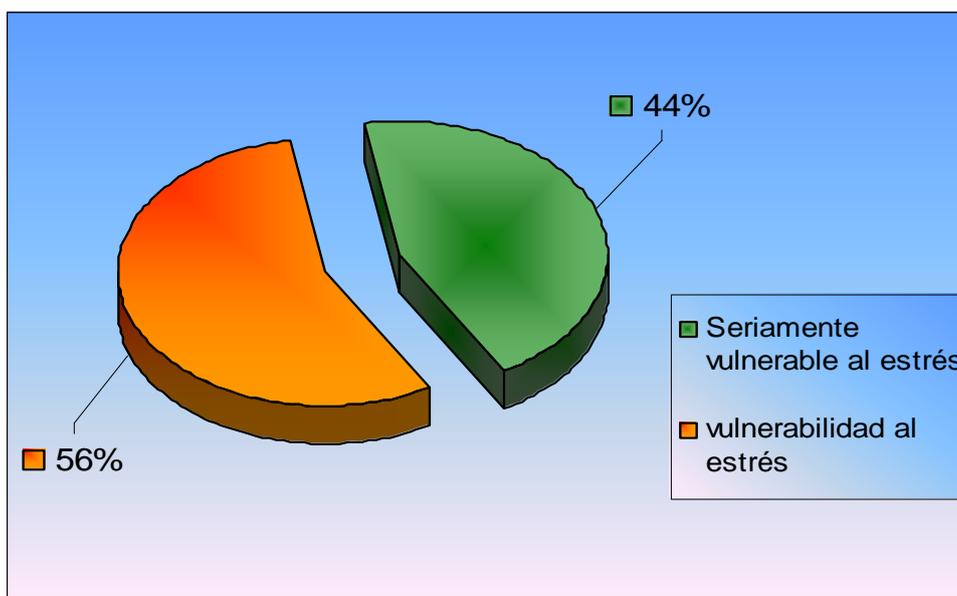
“No tener problemas de salud”

“Tener comodidades”

“Buena economía”

Las personas consideran que tienen lo indispensable de bienes materiales para vivir y aunque posean necesidades económicas, encuentran su vida como satisfactoria.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

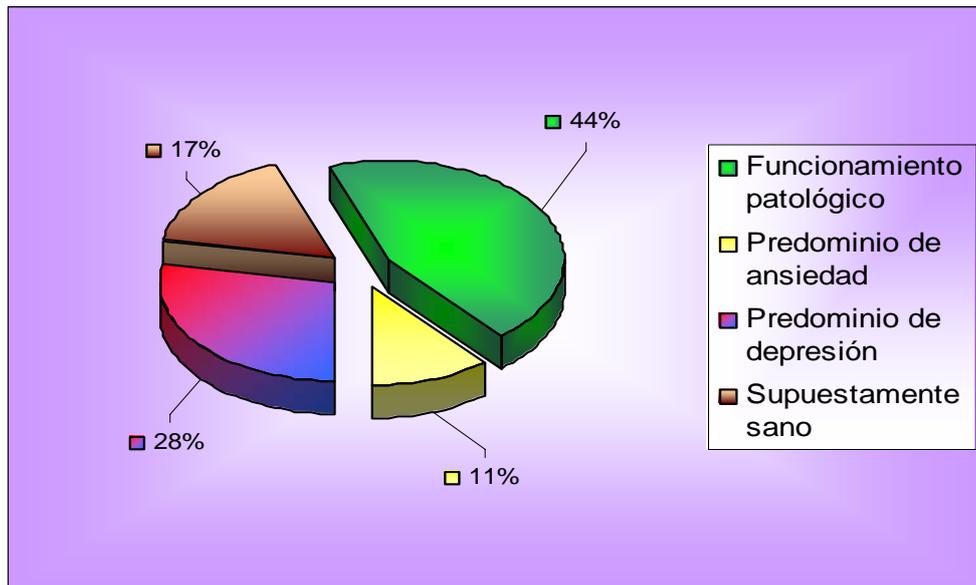


Los indicadores más afectados en este sentido se relacionan con dificultades en cumplir los horarios de sueño, “frecuentemente, casi nunca duermen de 7 a 8 horas al menos 4 veces en la semana”, existen afectaciones relacionadas con la asistencia a eventos sociales para divertirse; lo que también se puede apreciar en la entrevista donde referían tener tiempo solo para su familia, dejando de lado su desarrollo personal. Además, se valora que no siempre se posee una red de conocidos o amigos en los que pueden confiar sus problemas. Un 70%, casi nunca o nunca practica ejercicios físicos por lo menos dos veces a la semana hasta sudar, viéndose una vez más afectado el tiempo que dedican a sí mismos.

En los ítems relacionados con los hábitos tóxicos, el 90% admitieron fumar frecuentemente o casi siempre menos media cajetilla de cigarros al día, el 100% de la muestra toma 3 tazas de café al día. No se detecta en igual cuantía el consumo de bebidas alcohólicas pues un 45% admitieron “frecuentemente toman más de cinco tragos a la semana.”

Convirtiéndolos así en vulnerables al estrés y a otros trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, que pueden alterar la apreciación positiva de sí mismos, el dominio del medio, sus vínculos personales, proyecciones futuras, autonomía y sentido de autodeterminación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE GOLBERG



El porcentaje más alto fue obtenido por el funcionamiento patológico con un 44%, lo que significa que en la escala de ansiedad obtuvo una puntuación mayor que 5 y en la escala de depresión una puntuación mayor que 2, en esta escala las repuestas más frecuentes fueron:

Ansiedad

1. *¿Se ha sentido tenso, nervioso "Con los nervios a flor de piel"?*
2. *¿Se ha sentido ansioso, inquieto, preocupado?*
3. *¿Se ha sentido irritable, o monta fácilmente en cólera?*
5. *¿Duerme mal?*
6. *¿Ha tenido dolores de cabeza y en la nuca?*
8. *¿Esta preocupado por su salud?*

Depresión

10. *¿Ha sentido un bajón de energía?*
11. *¿Ha perdido las ganas de hacer cosas que antes le interesaban?*
13. *¿Se ha sentido desesperado, sin ilusión?*
14. *¿Ha tenido dificultades para concentrarse o ha notado su mente menos clara y con peor memoria?*
16. *¿Suele despertarse demasiado pronto por las mañanas?*

17. *¿Se ha sentido lento?*

Es necesario prestar atención a esta población de la comunidad universitaria, porque este nivel de funcionamiento pudiera estar afectando un adecuado desarrollo personal como su desempeño laboral, tanto en su vida mediata como futura.

También se puede apreciar un 28% perteneciente al predominio de depresión. Es decir, que el sujeto obtuvo una calificación menor que 5 en la tabla de ansiedad y una calificación mayor que 2 en la tabla de depresión acercándose a la posibilidad de sufrir trastornos importantes, razón por la que se insiste en el cuidado con los sujetos, para disminuir las probabilidades de daños irreparables

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL COMPLETAMIENTO DE FRASES

El área más predominante entre los sujetos fue la esfera familiar, donde un 95% manifiestan sentimientos positivos, y vivencias satisfactorias. Expresando felicidad, orgullo, esfuerzo, motivación, convirtiéndose estos elementos en potenciadores de una adecuada autoaceptación, eficacia en los vínculos personales. Entre las frases más comunes se encontraron:

Frase.2. *Estoy mejor: "con mi familia"*

Frase 4. *Mi principal preocupación: "es mi familia"*

Frase 9. *Yo prefiero: "un hogar feliz"*

Frase 13.: *Mi salud: "y la de mi familia es lo principal"*

Frase 17: *Mi familia: "es la mejor de este mundo", "Me llena"*

En cuanto a la esfera personal, el 90% manifiestan objetivos relacionados con el área familia, laboral y económica, demostrándose una vez más que estos sujetos dedican todo su tiempo y se proyectan hacia el futuro priorizando las

necesidades de sus familiares. Esto se puede ver demostrado en las siguientes frases:

Frase 5. Deseo: *“tener un buen trabajo para tener mas comodidades para mi familia”*
Frase 10. Quisiera ser: *“buena madre”*
Frase 35. Mis aspiraciones son: *“poder mejorar mi situación económica”*
Frase 38. Tratare de lograr: *“arreglar la casa”*

También se manifiestan sentimientos negativos, donde se pudiera inferir que debido al poco tiempo que dedican a ellos mismos, dejando de lado sus propósitos como se menciona anteriormente. Esta insatisfacción se puede ver reflejada en las expresiones dadas en las siguientes frases:

Frase 2. Algunas veces: *“me siento pésima”, “quisiera llorar”*
Frase 6. Yo secretamente: *“quisiera ser feliz”*
Frase 11. La felicidad: *“no existe”, “es momentánea”*

En sentido general, se manifiestan dificultades en la vida afectiva, con posibles limitaciones en la autoaceptación. Donde esta dinámica puede de cierta medida estar matizando aspectos relacionados con otras áreas de su vida y afectar el dominio del medio, afectos positivos, sentido de autodeterminación y un óptimo desarrollo personal.

En el 80%, aparecen valoraciones relacionadas con la esfera laboral en términos de sentimientos de satisfacción y experiencias positivas, indicando motivación hacia la actividad que realizan, expresando: “Deseo ser bueno en mi colectivo”, “En mi trabajo me siento bien”, lo que denota una actitud positiva, además de una visión optimista de su grupo laboral. Para lo anterior conoceremos algunas verbalizaciones:

Frase 2. Estoy mejor: *“en con mi familia y mi brigada”*
Frase 8. El trabajo: *“me gusta”, “es instructivo y me siento bien”*

En la esfera social el 85 % manifiestan no tener una vida social activa, debido al poco tiempo libre que tienen. Como se ha referido anteriormente, los sujetos dedican todo su espacio a la familia y el trabajo. Sin embargo, existe una necesidad latente de divertirse y relacionarse con amigos y demás personas. Esto se ve en las siguientes frases:

Frase 16: *Mis amistades: "no tengo", "son buenas", "escasas", "no las veo"*

Frase 24: *Algunas veces "quisiera pasear, divertirme"*

Frase 27: *Me motiva: "algunas amistades", "ir a una fiesta"*

3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS DIFERENTES TÉCNICAS APLICADAS A LOS PROFESORES

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO

El 70% de las personas tienen pareja. El método de protección más usado en las relaciones sexuales es el condón representando el 80%. Un 10% se protegen con DIU, y un 5% no se protege. Un 43.6% expresa tener hijos. El 36% de la muestra viven con sus parejas e hijos en caso de que los tengan en la casa de sus padres, abuelos, suegros. El 42% viven con sus parejas e hijos de manera independiente

El tiempo libre lo dedican algunas veces a realizar ejercicios, compartir con sus parejas, familiares y amigos, siendo estos a quienes acuden cuando se encuentran frente una situación conflictiva, esto se puede evidenciar en algunas verbalizaciones dadas por el sujeto ante la pregunta *¿Cuándo tiene alguna situación conflictiva a quién acude?*, “generalmente a mi madre”, “A mi padre”, “Esposa, hermana, padre” A mi pareja, a mi familia, A mis amigos”, en un menor porcentaje 16% prefieren no contar sus problemas y tratar de solucionarlos por ellos mismos. Esto se puede ver en las respuestas dadas ante la pregunta expuesta anteriormente, “Si es muy serio el problema lo asumo sola para no preocupar a nadie”, “trato de buscar la mejor solución pero yo sola”.

A modo general, el 100% de las personas manifiestan sentirse satisfechas con ellas mismas aunque les gustaría mejorar algunas áreas de su vida, por esta razón se plantean diferentes metas a corto y largo plazo, estas metas no solo son referidas en términos de desarrollo intelectual, sino también en el área familiar y afectiva. Cuando se les preguntó: *¿Cómo te sientes contigo mismo?* Expresaron: “Tranquilo, satisfecho, en paz, libre”, “Satisfecho”, “Seguro”, “Confiado”

Ante la pregunta *¿Cuáles son tus metas futuras?* Manifestaron: “Crear una familia” “superarme profesionalmente”, “Ser buen profesional”, “Mejorar la economía”. Como se puede ver los sujetos poseen un grupo de aspiraciones más equilibradas, donde no solo se incluyen intereses, económicos, o los intereses de sus familiares, aquí se puede apreciar que las personas también conciben como importante los intereses propios. De esta manera, se establece que existen sentimientos positivos hacia el crecimiento y madurez, evidenciándose autonomía y sentido de autodeterminación en los sujetos.

En cuanto a los estudiantes expresan que el 90% fuman y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas no pueden dar mucha información ya que no comparten con frecuencia en reuniones sociales.

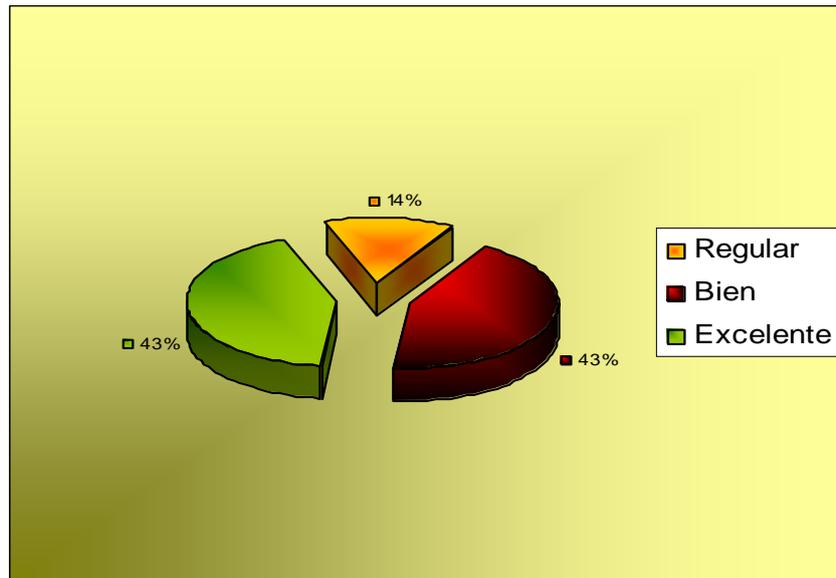
El 60% de los profesores no conocen las metas de sus estudiante, tan bien refieren que los estudiantes comparten sus problemas con sus amigos y casi nunca en el aula.

El 40% de los maestros consideran que los estudiantes se sienten insatisfechos al no poder hacer todo lo que quieren, el 30% dicen que los estudiantes se sienten bien, conformes con ellos mismos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DEMBO RUBINSTEIN

Se puede apreciar que el conocimiento de las categorías (Salud, Estilo de vida, Bienestar psicológico, Salud mental, Calidad de vida) es más acertado que en los subgrupos muestrales anteriores, esta apreciación influyó de manera positiva en la ubicación en la escala. El análisis respectivo se realizó por categorías para facilitar su comprensión.

SALUD PERCIBIDA



Los porcentajes más alto fueron obtenidos por los rangos excelente y bueno con igual cantidad 42.9%, lo que evidencia una apreciación positiva hacia ellos mismos, pero valorado sobre una concepción más acorde al concepto real, esto se puede ver en las expresión dadas ante la pregunta.

¿Que es para usted salud?

"Buen estado físico y mental"

"Estar bien física y espiritualmente"

"Buen funcionamiento físico, social y psicológicamente"

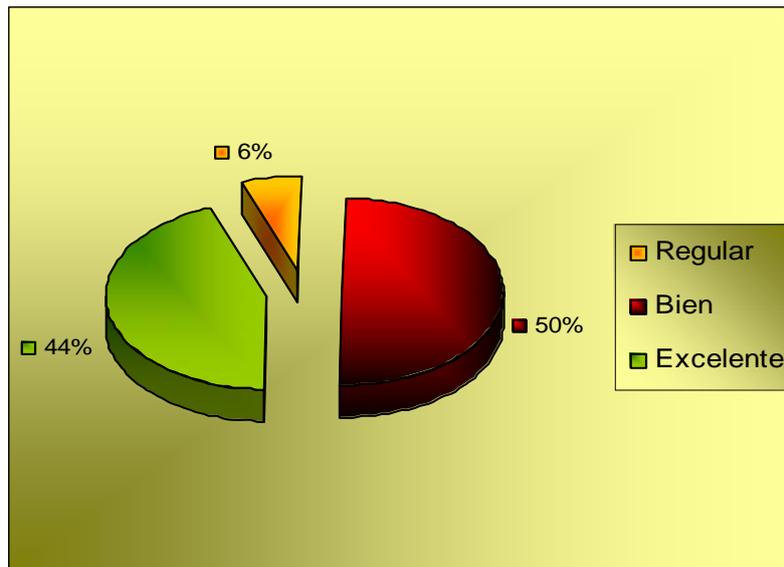
También se pueden corroborar algunas apreciaciones donde se ve a la salud como la ausencia de enfermedad, y aunque esto no esta mal, se aprecia solo uno de los aspectos que conforman la salud. Esto se puede evidenciarse en las respuestas suministradas ante la pregunta.

¿Que es para usted salud?

"No enfermarse"

"Disfrutar de un estilo de vida sano"

ESTILO DE VIDA PERCIBIDO



El 44.0% de las personas se ubicaron en el rango de excelente, Y un porcentaje de 50.0% se ubicaron en el rango calificado como bueno considerándose así poseedores de un estilo de vida adecuado, pero al igual que en la categoría anterior sus reflexiones están en correspondencia con el concepto real. Esto se puede apreciar en la siguientes verbalizaciones.

¿Que es para usted estilo de vida?

"Tener buenos hábitos"

"Formas que me permitan garantizar una vida saludable"

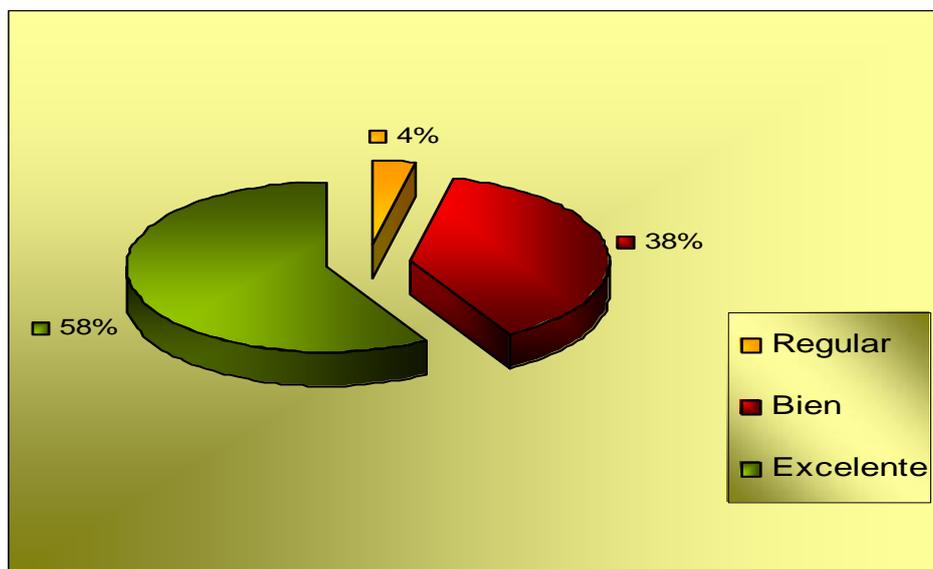
"Forma en que desarrollo mis actividades cotidianas"

"Forma en que me proyecto"

"La forma en que vivo"

"Hábitos, costumbres"

BIENESTAR PSICOLÓGICO PERCIBIDO



En este caso, el 58% de los sujetos se ubicaron en excelente, y el 38% se ubicó en el rango de bueno, evidenciando la autoaceptación del sujeto, su capacidad de controlar en forma efectiva el medio y la propia vida, generando así sentido de autodeterminación y desarrollo personal. Estos indicadores se precisan no solo en las apreciaciones dadas por los sujetos sobre esta categoría, sino también en las valoraciones hechas anteriormente, reflejadas en las respuestas más frecuentes proporcionadas por los sujetos ante la pregunta:

¿Que es para usted bienestar psicológico

“Estar compensado emocionalmente”

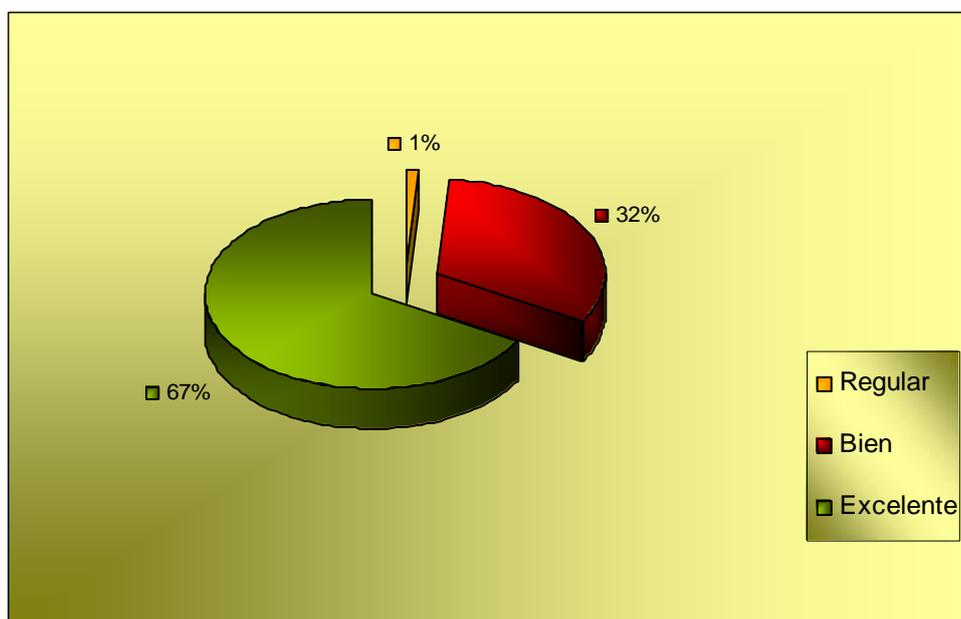
“Estar en paz conmigo mismo”

“Tener equilibrio”

“vivenciar satisfacción con uno mismo”

Algunas pudieran estar no muy lejos del concepto pues no se tiene una concepción totalmente elaborada, aunque se tocan aspectos claves en la conformación de este.

SALUD MENTAL PERCIBIDO



La salud mental tiene el porcentaje más alto, el 67% de las personas se ubicaron en el rango mayor de calificación, que es excelente. Por lo tanto consideran que tienen una muy buena salud mental. Esto se pone de manifiesto en las siguientes expresiones:

¿Que es para usted salud mental?

“tener tranquilidad emocional y espiritual”

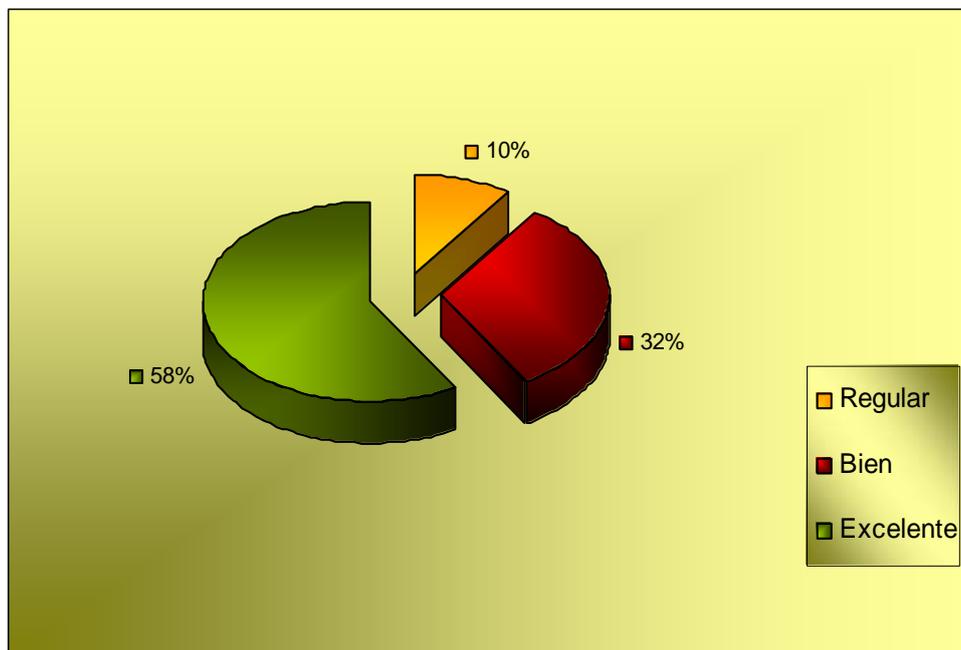
“Poder dominar mi conducta a pesar de mis problemas”

“Sentirme y actuar sanamente”

“Adaptabilidad social, equilibrio emocional”

Las respuestas obtenidas establecieron una apreciación acertada. Se valora la salud mental como el equilibrio de diferentes componentes: emocional, espiritual, social y lo psíquico

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDO



En la grafica anterior se puede apreciar que el mayor porcentaje se ubica en la categoría de excelente con un 58.3%, considerándose poseedores de una calidad de vida óptima. Aunque el 45% de los sujetos esta categoría la consideran como la obtención de bienes materiales y poder monetario. Siendo esto solo uno de los aspectos que la conforman. Esto se ejemplifica a continuación

¿Que es para usted calidad de vida?

“Necesidades cubiertas”

“Tener resueltos los problemas elementales”

“Satisfacción de necesidades materiales”

Asimismo podemos encontrar respuestas que abarcan más que este aspecto en la calidad de vida, como se muestra en las siguientes expresiones de la pregunta planteada anteriormente.

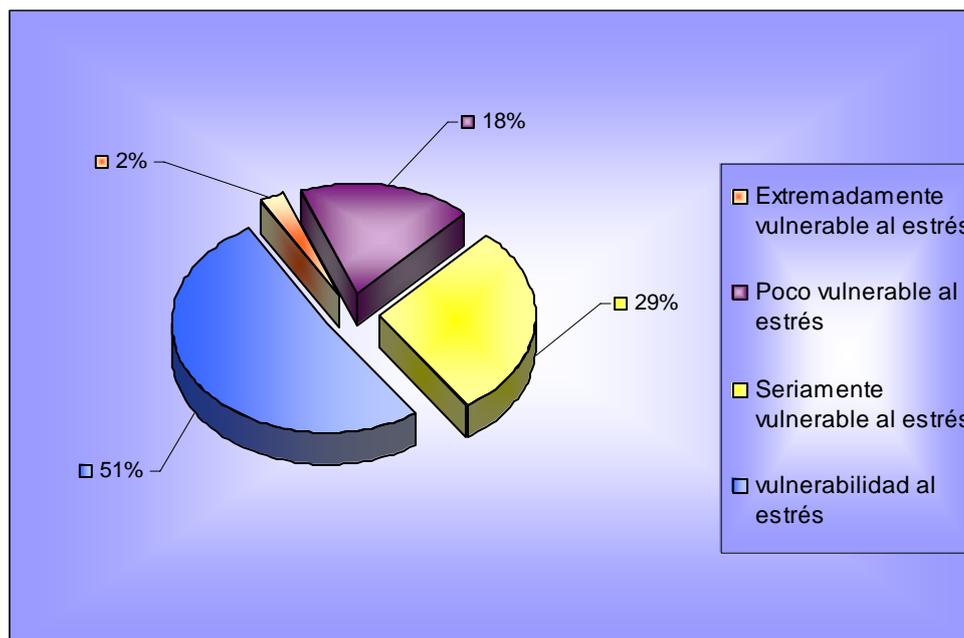
“Condiciones materiales y espirituales satisfechas”

“La vida es un entorno saludable”

“Condiciones materiales y sociales”

“Tener salud, equilibrio emocional, reconocimiento social, buenas relaciones”

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS



El 51% de las personas se ubicaron en vulnerable al estrés, y en menor incidencia pero con un porcentaje alto se encuentran un 29% de los sujetos seriamente vulnerables.

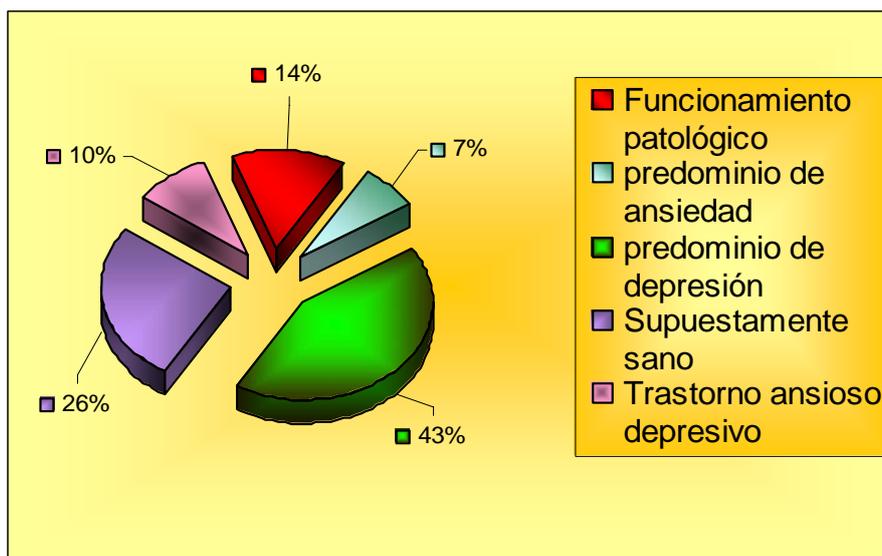
Los indicadores más afectados en este sentido se relacionan con dificultades en cumplir los horarios de sueño. El 30% “casi nunca o nunca duermen de 7 a 8 horas al menos 4 veces en la semana”. No existen afectaciones relacionadas con la asistencia a eventos sociales para divertirse, lo que también se puede apreciar en la entrevista donde, referían compartir su tiempo con su familia y amigos, elemento favorecedor del desarrollo personal

Además, se valora que siempre se posee una red de conocidos o amigos en los que pueden confiar sus problemas. Un 50%, casi nunca o nunca practican ejercicios físicos por lo menos dos veces a la semana hasta sudar.

En los ítems relacionados con los hábitos tóxicos, el 30% admitieron no fumar y el 70% restante fuman casi siempre menos de media cajetilla al día, el 90% de la muestra toma 3 tazas de café al día. No se detecta en igual cuantía el consumo de bebidas alcohólicas, un 30% admitió “frecuentemente toman más de cinco tragos a la semana.”

Aunque se manifiestan los índices de vulnerabilidad con menor incidencia, no significa que estén exentos de sufrir trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, que pueden alterar la apreciación positiva de sí mismos, el dominio del medio, sus vínculos personales, proyecciones futuras, autonomía y sentido de autodeterminación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE GOLBERG



El porcentaje más alto fue obtenido por el predominio de depresión con un 43%, lo que significa que en la escala de ansiedad obtuvo una puntuación menor que 5 y en la escala de depresión una puntuación mayor que 2, en esta escala las repuestas más frecuentes fueron:

Depresión

10. *¿Ha sentido un bajón de energía?*
11. *¿Ha perdido las ganas de hacer cosas que antes le interesaban?*
13. *¿Se ha sentido desesperado, sin ilusión?*
14. *¿Ha tenido dificultades para concentrarse o ha notado su mente menos clara y con peor memoria?*
16. *¿Suele despertarse demasiado pronto por las mañanas?*
17. *¿Se ha sentido lento?*

Es necesario prestar atención a esta población de la comunidad universitaria, porque este nivel de funcionamiento pudiera estar afectando el adecuado desarrollo personal y el desempeño laboral, tanto en su vida mediata como futura.

También se puede dilucidar un 26% perteneciente a la calificación de supuestamente sano. O sea, la persona obtuvo una calificación menor que 5 en la tabla de ansiedad y una calificación menor que 2 en la tabla de depresión posee una menor posibilidad de sufrir trastornos psicológicos.

ANALISIS DE LOS DATOS DE LA TECNICA COMPLETAMIENTO DE FRASES

Las áreas más significativas para la muestra de profesores fueron la familiar y la laboral donde un 90% manifiestan sentimientos positivos, y vivencias satisfactorias. Expresando felicidad, esfuerzo y motivación. En esta muestra se evidencia como a través de todas las técnicas aplicadas existe una satisfacción en todas las áreas de su vida, creando un equilibrio y un vínculo entre sus necesidades y la de las personas que le rodean. Se establece una autoaceptación, control efectivo del medio y de su propia vida, relaciones y sentimientos positivos hacia el crecimiento y desarrollo de ellos mismos y de los que le rodean. Entre las fases más comunes se encontraron:

Familiar:

Frase 1.: *Mi tiempo libre: "Lo empleo con mi familia"*

Frase 4. *La preocupación principal: "Mi familia"*

Frase 9. *Yo prefiero: "Estar con mi familia"*

Frase 5: *Deseo: "Que mis hijos sean felices"*

Frase18. *El tiempo más feliz: "Cuando estoy con mis hijos"*

Laboral:

Frase 2 *"Desarrollarme profesionalmente"*

Frase 5. *"Tener éxito profesional"*

Frase.8: *"Me satisface, me estimula, reconforta, me complementa"*

Frase 35: *"Ser un buen profesional",*

En lo relacionado con la esfera personal, el 90% de las personas expresan satisfacción consigo mismo, apreciaciones positivas hacia la amistad, la felicidad, la salud, relaciones de pareja, aspiraciones y planes futuros. Lo anterior denota que estos elementos promueven el desarrollo de una adecuada autoaceptación, formas efectivas para controlar el medio y su vida, capacidad para manejar sus vínculos personales así como la formación de sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez.

Frase 5. *"Crear un hogar"*

Frase 10: *"Buen profesional"*

Frase 25: *"Tranquilo, satisfecho, en paz, libre, hago lo que quiero", "Superarme"*

Frase 29: *"Mejorar mi economía"*

Frase 30: *"Ser una buena profesional"*

Frase 35: *"Estar en paz conmigo mismo"*

Frase 36: *"Crear una familia"*

En cuanto a los indicadores relacionados con la esfera social, el 85% de las personas expresan valoraciones positivas hacia la amistad y la felicidad, donde la red de amigos constituye un aspecto relevante en su dinámica diaria. De esta forma notamos como para estas personas existe una actitud positiva hacia sus vínculos personales y, a su vez, una promoción del desarrollo personal. A

continuación se exponen algunas frases que sugieren lo expresado anteriormente:

Frase 2: *“Con mis amigos”*

Frase 16: *“Las aprecio mucho”, “Son importantes en mi vida”*

Frase 25: *“Prefiero estar entre mis amigos”*

ANALISIS INTEGRAL DE LOS DATOS OBTENIDOS

La valoración integral de los resultados obtenidos se realizó contemplando los datos alcanzados en los diferentes subgrupos muestrales y teniendo en cuenta los indicadores que componen el Bienestar Psicológico.

Con respecto al índice de autoaceptación se pudo observar que muchos estudiantes asumen una valoración positiva y a la vez están satisfechos con los logros alcanzados hasta el momento en sus vidas, pero en algunos casos se notaron deficiencias en la autoaceptación de rasgos de su físico y su carácter. Un elemento esencial relacionado con este indicador es que la mayoría de los estudiantes se encuentran en una constante búsqueda de nuevas experiencias que los hacen plantearse proyectos futuros a corto, mediano y largo plazo. En el área personal y profesional donde se ponen de manifiesto sentimientos positivos hacia el crecimiento y desarrollo.

El desarrollo personal, como componente distintivo del bienestar psicológico se ve influenciado por las características psicológicas de la etapa y la propia proyección hacia el futuro de los estudiantes. Aquí faltan elementos ya que son alumnos que se encuentran en formación. Resulta positivo que existe en la mayoría de los miembros de la muestra, tanto del sexo femenino como masculino, interés por desarrollarse como profesionales, por constituir una familia y alcanzar éxitos en su vida laboral futura.

El indicador propósito y significado, apareció bien estructurado en un número considerable de jóvenes estudiantes, lo cual está relacionado con la expresión de la identidad personal y la capacidad para establecer proyectos vitales. En relación con el significado, se debe destacar que si bien existen elementos que denotan madurez en la mayoría de los casos, en otros todavía faltan aspectos importantes que requieren de una mayor elaboración, lo cual puede estar asociado a que en muchos jóvenes no existe una experiencia laboral aún, las relaciones de parejas de forma estable no son frecuentes y los pilares que

pueden guiar este proceso en el ámbito familiar en muchos casos son disfuncionales.

En el caso de los estudiantes, las características de la etapa de vida de este subgrupo muestral dadas por una nueva concepción del mundo y de una nueva visión de los vínculos personales más estructurada hacen que se les facilite la creación de redes sociales que estarían incentivando el fortalecimiento de los afectos positivos en algunos casos. Es de significar, que en muchos de los miembros de la muestra se apreció una marcada preocupación por la necesidad de afecto familiar y relaciones de apoyo de sus coetáneos. En varios casos se reflejaron dificultades en las relaciones familiares. Existe la particularidad que en muchos de los estudiantes hay antecedentes de disfuncionabilidad familiar y el predominio de familias uniparentales. En la técnica del Rotter una de las áreas principales de conflicto en este grupo fue precisamente la familiar. Indudablemente, la carencia de afectos positivos y la presencia en algunos alumnos de necesidades afectivas sin cubrir lleva a que este componente del bienestar psicológico tenga limitaciones en su estructuración y expresión.

El dominio en relación con las circunstancias del medio si bien fue fuente de preocupación en los jóvenes del estudio, denota cierta estabilidad ya que se trata de estudiantes universitarios. Existe preocupación con respecto a su futuro profesional, así las expectativas de ubicación laboral se cumplen o no en relación con su remuneración económica.

La necesidad de autonomía y de autodeterminación. Se puso de manifiesto en la mayoría de las técnicas aplicadas. Un elemento que contribuye al fortalecimiento de la autonomía es el hecho de que los estudiantes explorados son becados en una gran proporción, no obstante las propias condiciones de ser solamente estudiantes conlleva a que muchas veces su comportamiento no se corresponda en algunas esferas de la vida con su edad cronológica. Se apreciaron diferencias en este indicador que están relacionadas con las vivencias anteriores de los alumnos. Los que tenían experiencia de la vida militar o laboral previa a la entrada a la universidad mostraron mayor capacidad

de autodeterminación. No se debe dejar de mencionar que se apreciaron respuestas indicativas de una pobre autodeterminación en algunos jóvenes, elemento que indudablemente influye en su toma de decisiones y en las conductas que se siguen ante las demandas de la vida cotidiana.

En los trabajadores se puede apreciar que asumen una posición donde se pudiera ver reflejada la autoaceptación, pero este indicador está orientado a su esfera laboral y familiar, donde manifiestan sentirse satisfechos con su colectivo de trabajo y su familia a la que dedican todo su tiempo. Esta autoaceptación no se aprecia fortalecida en la esfera social y sobre todo hacia la persona donde manifiestan la necesidad de ser felices, divertirse e interactuar con sus coetáneos, lo que se evidencia como un manejo inadecuado de los vínculos personales que pudieran estar afectando de alguna manera la capacidad de controlar en forma efectiva el medio y la propia vida, reiterando que estas personas priorizan las necesidades de sus familiares antes que satisfacer las propias.

Advirtiéndose que los anteriores indicadores se hayan afectados por la forma de vida de este subgrupo muestral se puede determinar que indicadores tan importantes como el desarrollo personal y el sentido de autodeterminación también se ven influenciados por estos comportamientos negativos asumidos. Lo que los hace proclive a presentar trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y aislamiento, lo que estaría afectando su desempeño laboral y familiar.

En los profesores se puso de manifiesto mayor congruencia en relación con la madurez en el momento de asumir sus distintas labores, donde se busca un equilibrio y un vínculo entre sus necesidades-objetivos y los de sus familiares, en el que ambos componentes resultan beneficiados una vez se hayan satisfechos. En este subgrupo muestral se presenta una especial preocupación por el desarrollo personal y profesional, evidenciándose así en los diferentes objetivos que se plantean a corto, mediano y largo plazo, los cuales tributan a su desarrollo como persona, y a la vez a un crecimiento continuo, creando así la posibilidad de controlar de forma efectiva el medio y su propia vida.

También asumen como parte importante en sus vidas los vínculos personales facilitando de esta manera la creación de redes de apoyo que favorecen las habilidades emocionales teniendo la posibilidad de sentirse satisfechos y ser eficaces en su vida.

Como se puede apreciar existe predominio de autoaceptación hacia sí mismos, hacia los demás y hacia su entorno. En general, valoran el pasado, viven el presente y se proyectan al futuro de manera satisfactoria.

Es relevante decir que todas estas conclusiones fueron posibles establecerse gracias a las respuestas dadas en algunas de las técnicas realizadas, pero se debe tener en cuenta que muchas de las respuestas estuvieron basadas en concepciones equivocadas con respecto a los conceptos reales. Se debe tener en cuenta los diferentes niveles educativos presentes en los subgrupos muestrales. En otro grupo de técnicas se puede evidenciar que existe una latente vulnerabilidad a que se acentúen aun más el aislamiento, la ansiedad y la depresión debido a las diferentes exigencias planteadas consigo mismos, por el medio y los diferentes estilos de vida asumido por las personas.

En cuanto a los estudiantes: las exigencias escolares, las largas jornadas de estudio, la carga docente y los diferentes procesos evaluativos, la convivencia, sus redes de amigos, hábitos inadecuados, entre otros. En los trabajadores: la excesiva carga laboral, exigencias familiares, necesidades económicas, necesidad de tener una vida social activa. A modo de ver, por los datos arrojados por la investigación este grupo muestral es el más vulnerable a presentar diferentes trastornos psicológicos.

En el caso de los profesores, estos se encuentran sometidos a diferentes exigencias como: la superación profesional, las demandas familiares, diferentes cargos administrativos y las propias demandas de los estudiantes. Esto a que tengan dificultades en la distribución del tiempo disponible, quedando muy poco tiempo para el esparcimiento y descanso. Este ritmo de trabajo mantenido puede llevar a la aparición de trastornos psicofisiológicos, hipertensión arterial y otros trastornos crónicos.

CONCLUSIONES

- ✚ En los miembros de la muestra estudiada se encontraron diferencias entre el criterio ofrecido por los estudiantes, los profesores y los trabajadores en relación con los componentes del bienestar psicológico. Las diferencias más notables fueron entre los subgrupos de trabajadores y profesores.
- ✚ En los trabajadores se constataron incongruencias con respecto a la expresión dada sobre las diferentes categorías tratadas, el concepto real y lo que realmente experimentan, lo que resultó más notable en el área personal, donde manifiestan sentirse satisfechos por los logros alcanzados, pero hay elementos donde se puede ver una gran insatisfacción por el poco tiempo que dedican para el disfrute y la superación personal. Este es el grupo más vulnerable a presentar trastornos psicológicos y son los que poseen el nivel escolar más bajo.
- ✚ Se pudo apreciar un alto índice de licencias, predominando las mujeres tanto en profesores, estudiantes y trabajadores, lo que se puede atribuir a las diferentes tareas que debe realizar, tanto en el área laboral como familiar y conlleva a una sobrecarga mental produciendo afectaciones del bienestar psicológico.
- ✚ Los indicadores del bienestar psicológico más afectados en los estudiantes fueron la autoaceptación y los afectos positivos. En los profesores el desarrollo personal y propósitos vitales y en los trabajadores el desarrollo personal, dominio del ambiente y afectos positivos.

- ✚ Los elementos del bienestar psicológico más afectados en toda la muestra son los afectos positivos y el desarrollo personal, lo que se relaciona directamente con el medio familiar y el crecimiento continuo y desarrollo como persona.

- ✚ La metodología empleada resulto ser efectiva para el logro de los objetivos propuestos.

RECOMENDACIONES

- ✚ Se debe continuar la presente línea investigativa, priorizando el estudio de la representación social del bienestar psicológico, la detección de grupos vulnerables de afecciones psíquicas y la búsqueda de alternativas psicoeducativas para fortalecer los indicadores de bienestar psicológico en la comunidad universitaria de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- ✚ Considerando la importancia de los indicadores del bienestar psicológico para el desarrollo de las potencialidades de cada ser humano y para el empleo racional de los recursos psicológicos y propio cuidado de la salud en todas sus dimensiones, se requiere fortalecer las acciones encaminadas a la educación para la salud en el contexto universitario, lo cual puede establecerse desde lo curricular y extracurricular.
- ✚ Aprovechando la existencia de una Facultad de Psicología en la institución de educación superior en que se realizó el estudio es recomendable propiciar el establecimiento de mayor número de alternativas de servicios de asesoría, atención y orientación psicológica para los estudiantes, trabajadores y profesores e investigadores de la Universidad.
- ✚ Ofrecer los resultados de la presente investigaciones a las autoridades académicas y sanitarias de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Alguacil, J. (2000). Calidad de vida y modelo de ciudad. Instituto Juan de Herrera. España.
- ✚ Alonso, A., Cairo, E. y Rojas, R. (2003) Psicodiagnóstico Selección de lecturas. Félix Varela. La Habana. Cuba.
- ✚ Alvaro, J. Salud mental. En <http://theoria.org/> . Fecha de consulta Abril del 2006.
- ✚ Ballesteros, S. y García, B. (2001). Procesos psicológicos básicos. Universitas, S.A. España.
- ✚ Belloch, A, Sandín. B y Ramos. F (2004) Manual de psicopatológica, Volumen 2 McGraw-Hill, Edigrafos, S.A. España.
- ✚ Casullo, M. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en Casullo y otros, Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Bs.As.: Paidós: 11-29.
- ✚ (s/d). Escala de bienestar psicológico para adolescentes (BIEP-J), material de prueba. Buenos. Aires.: Facultad de Psicología.
- ✚ Contini de González, N. (2000). Hacia un cambio de paradigma: de la psicopatología al bienestar psicológico. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Bs.As., Fundación Acta. Vol. 47(4): 306-315.
- ✚ Cristóbal Kent, C.C. (2004). Salutogenesis: Parto a Salud. En <http://www.elmundo.reverso.net/ur/result>. Fecha de consulta Abril del 2006.

- ✚ Cuadra, L. y Florenzano, R. (2003). revista de psicología de la universidad de chile, No. 1 Vol. XII

- ✚ D'Angelo, O. (1982). Las tendencias orientadoras de la personalidad y los proyectos de vida futura del individuo. La Habana: Pueblo y Educación. Cuba.

- ✚ ----- (1994). Modelo integrativo de los proyectos de vida. La Habana: Próvida. Cuba.

- ✚ De Urrutia, L. y González, G. (2003). Metodología, Métodos y Técnicas de la investigación social. Selección de lecturas III La Habana: Félix Varela. Cuba.

- ✚ Díaz, I. (2003). Algunas reflexiones y resultados sobre la autovaloración y la calidad de vida percibida vivenciada. En: <http://www.monografias.com> . Fecha de consulta Abril del 2006.

- ✚ Durán, L., Salinas, G. y Gallegos. K. (2003). Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en dos Estados de México. Conferencia Regional Americana AISS-CISS. México.

- ✚ Eunkok, M. et al (1999). El bienestar subjetivo. Tres décadas de progreso. Boletín psicológico. Vol. 125. (271-301).

- ✚ Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., levín, M., Estévez A. (2005). "las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina)". Anales de psicología .No.1. Vol.21. (Pág. 68). Impreso en España.

- ✚ García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Buenos aires. Argentina. Revista digital. No 48. Mayo. En: <http://www.efdeportes.com> . Fecha de consulta Abril del 2006.
- ✚ Gil, R. (1999) Manual de Neuropsicología, Masson, S.A. Barcelona.
- ✚ Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson O. (1998). Detecting Anxiety and Depression. General Medical setting, B.M.J.
- ✚ Gómez. M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca. España.
- ✚ Gonzáles, F. y Mitjás, A. (1996) (La Personalidad su Educación y Desarrollo. Talleres gráficos del Instituto Politécnico Nacional. México, D.F.
- ✚ Gutiérrez, M. (2002) Estrés, ansiedad y eficiencia Serie: psicológica / 3 Colección: materiales didácticos universitarios. Universidad de la Laguna.
- ✚ Hernández, R. (2003). Metodología de la investigación 1. Félix Varela. La Habana. Cuba.
- ✚ Hurtado, J. (2000). Investigación holística: Una propuesta integrativa de la [investigación](#) y de la [metodología](#) . Sypal, Caracas, [Venezuela](#).
- ✚ Knapp, E. (2005). Psicología de la salud. Félix Varela. La Habana. Cuba.
- ✚ López, R., Moreno, D., Patiño, A., Pereira, J., Pestana, A. (2003). Salud Mental. Caracas. En <http://www.monografias.com/trabajos19/salud-mental/salud mental.shtml#QUESE> . Fecha de consulta Abril del 2006.

- ✚ Mancilla, H. Relajación Progresiva y Ansiedad durante el primer año de estudios universitarios. En: <http://www.monografias.com/trabajos21/relajacion-y-ansiedad/relajacion-y-ansiedad.shtml#sobre>. Fecha de consulta marzo del 2006.

- ✚ Marquès, P. (1996). metodologías de investigación. modelo para el diseño de una investigación educativa. En: <http://dewey.uab.es/pmarques/uabinvt.html>. Fecha de consulta Marzo del 2006.

- ✚ Mayo, P. La categoría estilo de vida y su importancia para la [psicología](#) de la salud. En: <http://www.monografias.com/trabajos13/lacateg/lacateg.shtml#INTRO>. Fecha de consulta Marzo del 2006.

- ✚ Mesa, H. (2006) Metodología de la investigación científica. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

- ✚ Molerio, O. (2004). Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión esencial. / Dr. Miguel Angel Roca Perara: Tutor, Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Universidad Central de las Villas. Cuba.

- ✚ Morales, F. (1999) Psicología de la Salud. Conceptos básicos y Proyecciones de Trabajo. Científico-Técnica. Cuba.

- ✚ Núñez, F. (2001). Psicología y salud ciencias médicas. La Habana.Cuba

- ✚ Pacheco, G. En: <http://www.aesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm>. fecha de consulta. Marzo del 2006.

- ✚ Palacios, D. (2000). Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual. En: <http://www.monografias.com> .Fecha de consulta Marzo del 2006.
- ✚ Roca, M. A. (2002). Psicología clínica. Una visión general. Félix Varela. La Habana. Cuba.
- ✚ Sanabria, G. y Valdés, A. (2001). “Estudio del Sentido de la vida en pacientes portadores de disfunción tiroidea”. / Msc. Maria Isabel Martínez Martín: Tutor, Tesis de grado. Universidad Central de las Villas. Cuba.
- ✚ Sierra, H. Salud Mental y Fin de Siglo. (1998). En <http://www.monografias.com/trabajos7/orat/orat.shtml>. Fecha de consulta Marzo del 2006.
- ✚ Valdés, N. Bienestar psicológico de los adolescentes en función de la estructura familiar. En <http://www.psicocentro.com/>. Fecha de consulta Mayo del 2006.
- ✚ Verdugo, M. y Vicent, C. (2004).El significado de la calidad de vida. En. <http://imsersodiscapacidad.usal.es/idocs/F8/FDO7020/Investigacionalsoi.pdf> Fecha de consulta Marzo del 2006.
- ✚ Victoria, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev. Cubana Med. Gen. Integr; 16(6):586-92. En: <http://www.bvs.sld.cu> Fecha de consulta Abril del 2006.

..... (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. Rev. Cubana Med Gen Integr; 15(1):88-97 en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.htm#1. Fecha de consulta marzo del 2006.

Yanes, D. (2002).Trastornos mentales y peritaje laboral en docentes. /Dr. Luís F. Herrera Jiménez: Tutor, Tesis en opción al grado de Master en Psicopedagogía. Universidad Central de Las Villas. Cuba.

http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida#column-one. Fecha de consulta Abril del 2006.

Anexo No. 1

Registro de datos sobre las licencias expedidas en los años 2004-2006

<i>LICENCIAS (PROFESORES Y TRABAJADORES) 2004- 2006</i>									
<i>CENTRO DE TRABAJO</i>	<i>SEXO</i>		<i>EDADES</i>					<i>PROBLEMAS FISICOS</i>	<i>PROBLEMAS PSICOLOGICOS</i>
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>17-30</i>	<i>31-44</i>	<i>45-58</i>	<i>59-72</i>	<i>73-85</i>		
<i>Fac. psicología</i>	13	3	7	5	4	0	0	18	0
<i>Fac. M.F.C</i>	25	11	5	13	14	0	0	49	1
<i>Fac. Mecánica</i>	16	19	7	16	12	3	0	50	2
<i>Fac. Indeco</i>	41	5	14	17	15	0	0	64	1
<i>Fac. C. Agropecuarias</i>	29	11	12	6	16	1	3	62	12
<i>Fac. Qui- Far</i>	37	8	4	17	22	3	0	62	2
<i>Fac. Humanidades</i>	35	6	3	16	22	1	0	63	5
<i>Fac. Derecho</i>	8	0	3	5	0	0	0	6	2
<i>Fac. C. Sociales</i>	11	8	11	5	2	2	0	22	3
<i>Fac. Eléctrica</i>	27	7	8	19	8	0	0	48	2
<i>Fac. Construcciones</i>	27	5	3	19	9	1	0	46	2
<i>Relac. internacionales</i>	2	1	2	1	0	0	0	6	0
<i>Alimentación</i>	52	20	10	27	24	12	0	98	1
<i>Transporte</i>	1	15	8	4	1	3	0	29	0
<i>Rec. Humanos</i>	16	2	0	12	5	1	0	25	1
<i>Mtto.</i>	5	13	2	7	9	0	0	21	0
<i>Dir. Economía</i>	20	3	2	7	9	0	0	21	0
<i>CDICT</i>	16	5	5	9	6	0	0	34	4
<i>Hotel "Los Sauces"</i>	8	0	0	4	4	0	0	34	2
<i>Hotel "Universo"</i>	32	0	7	17	8	0	0	45	3
<i>Cese</i>	2	2	4	0	0	0	0	4	0
<i>Soldadora</i>	2	4	0	4	2	0	0	8	0
<i>A.T.M</i>	3	4	1	3	3	0	0	13	0

<i>seguridad interna</i>	0	3	0	2	0	1	0	3	0
<i>Servicios generales</i>	5	8	2	4	7	0	0	12	6
<i>Edu. a distancia</i>	4	0	2	2	0	0	0	12	0
<i>Est. Exp. agrícola</i>	4	26	0	11	14	4	0	33	4
<i>C..B.Q</i>	18	2	3	10	6	1	0	25	0
<i>I.B.P</i>	13	11	2	14	7	2	0	29	1
<i>C.E.Q.A</i>	6	0	2	2	2	0	0	7	0
<i>Rectorado</i>	7	0	0	3	2	0	0	15	3
<i>Beca</i>	33	12	8	26	11	0	0	58	0
<i>Tintorería</i>	4	0	2	2	0	0	0	8	1
<i>Círculo infantil</i>	4	0	1	1	2	0	0	8	1
<i>DEU</i>	15	1	0	7	8	1	0	18	4
<i>Ceder</i>	2	2	0	0	1	3	0	5	0
<i>Ext. universitaria</i>	1	0	0	0	1	0	0	2	0
<i>Tecadte</i>	1	0	0	1	0	0	0	2	0
<i>Zootecnia</i>	1	10	0	4	3	4	0	15	0
<i>CIAP</i>	6	5	3	5	2	0	0	15	0
<i>Protección física</i>	24	17	12	8	15	0	3	46	3
<i>CIDEM</i>	0	2	2	0	0	0	0	2	0
<i>Otros</i>	30	14	8	18	15	2	1	0	6
TOTAL	606	265	165	353	291	45	7	1143	72

Continuación del Anexo No. 1. Registro de datos sobre las licencias expedidas en los años 2004-2006

<i>CENTRO DE TRABAJO</i>	<i>TRABAJADORES</i>	<i>PROFESORES</i>
<i>Fac. Psicología</i>	5	7
<i>Fac. M.F.C</i>	15	23
<i>Fac. Mecánica</i>	28	7
<i>Fac. Indeco</i>	16	20
<i>Fac.C. Agropecuarias</i>	27	4
<i>Fac. Qui- Far</i>	26	18
<i>Fac. Humanidades</i>	13	25
<i>Fac. Derecho</i>	5	3
<i>Fac. C. Sociales</i>	5	10
<i>Fac. Eléctrica</i>	21	6
<i>Fac. Construcciones</i>	20	9

Anexo No. 2

Registro de datos de las licencias expedidas en el período 2004-2006

<i>LICENCIAS (ESTUDIANTES) 2004-2006</i>							
<i>Facultad</i>	<i>SEXO</i>		<i>EDADES</i>			<i>Problemas físicos</i>	<i>Problemas psicológicos</i>
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>18-21</i>	<i>22-25</i>	<i>26-29</i>		
<i>psicología</i>	3	0	0	3	0	2	1
<i>M.F.C</i>	0	1	1	0	0	1	0
<i>Mecánica</i>	<i>NO SE HAN PRESENTADO</i>						
<i>Indeco</i>	3	1	3	1	0	2	2
<i>C. Agropecuarias</i>	2	1	2	1	0	3	0
<i>Qui- Far</i>	2	1	3	0	0	3	0
<i>Humanidades</i>							
<i>Derecho</i>	<i>NO SE HAN PRESENTADO</i>						
<i>C. Sociales</i>	3	0	2	1	0	3	
<i>Eléctrica</i>	1	4	3	2	0	5	0
<i>Construcciones</i>	1	1	2	0	0	2	0
<i>TOTAL</i>	15	9	16	8	0	21	3

Anexo No. 3

Registros de la consulta especializada de psicología de la U.C.L.V.

CONSULTA DE PSICOLOGIA 2004-2006

<i>Centro de trabajo</i>	<i>Ocupación</i>		<i>Estudiante</i>	<i>Sexo</i>		<i>Edades</i>		
	<i>Trabajador</i>			<i>M</i>	<i>F</i>	<i>18-29</i>	<i>30-41</i>	<i>42-53</i>
	<i>Prof.</i>	<i>Serv.</i>						
<i>psicología</i>	0	0	4	2	2	4	0	0
<i>M.F.C</i>	1	0	7	2	6	7	1	0
<i>Mecánica</i>	1	0	4	3	2	5	0	0
<i>Indeco</i>	3	0	17	6	14	17	3	0
<i>C. Agropecuarias</i>	4	1	12	11	6	11	6	0
<i>Qui- Far</i>	6	0	11	8	9	11	5	1
<i>Humanidades</i>	3	0	15	4	14	17	1	0
<i>Derecho</i>	1	0	6	2	5	6	1	0
<i>C. Sociales</i>	1	0	3	1	3	3	1	0
<i>Eléctrica</i>	3	0	5	5	3	5	3	0
<i>Construcciones</i>	0	0	7	3	4	7	0	0
<i>Comedor</i>	0	1	0	1	0	0	1	0
<i>Biblioteca</i>	0	2	0	2	0	2	0	0
<i>Ceder</i>	0	1	0	1	0	0	1	0
<i>Transporte</i>	0	1	0	1	0	0	0	1
<i>Trabajador tiempo 1/2</i>	0	2	0	1	1	1	1	0
<i>Otros trabajadores de servicio</i>	0	10	0	6	4	4	5	1
<i>Total</i>	20	18	91	59	73	100	29	3

Santa clara, 2006.

Solicitud de consentimiento informado:

Estimado compañero (a):

A continuación solicitamos de manera voluntaria su colaboración para la realización de este proyecto investigativo que tributará en un trabajo de diploma, donde el mismo se encuentra dirigido a la exploración de las características del bienestar psicológico en la comunidad universitaria.

Para los objetivos del mismo se les presentará una serie de cuestionarios relacionados con el tema de la investigación.

Agradeciendo su colaboración,

Oriana Velásquez Herrera y Viviana Cardona Rosero
Estudiantes de psicología 5to. año.

Anexo No. 4

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Indicadores:

- ✚ La ocupación del tiempo libre.
- ✚ Los aspectos que le producen satisfacción.
- ✚ Poseen hábitos tóxicos.
- ✚ Relaciones familiares
- ✚ Relaciones de pareja.
- ✚ Utilización de los métodos anticonceptivos.
- ✚ Aspiraciones, metas futuras.
- ✚ Relaciones interpersonales.

Anexo No. 4

CUESTIONARIO

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su vida y la de sus alumnos, referentes al modo de ser, actuar y sentirse. Léalas con atención y respóndalas con la mayor sinceridad posible.

1. Sexo: M____ F____
 2. ¿Qué edad tiene? 22-29____, 30-37____, 38-45____, 46-53____, 54-61____, más de 61____
 3. ¿Usted. Tiene pareja? Si____ No____
 4. ¿Con quien vive?
 5. ¿Usted. Tiene hijos? Si____ No____
 6. ¿Se protege en las relaciones sexuales?
 7. ¿Con que método se protege?
 8. ¿Posee hábitos tóxicos? Si____ No____
 - a). De responder sí diga cuales_____

 - b). Valore que le ha conducido a ello: _____
-
10. ¿Practica ejercicios? Si____ No____ A veces____
 - a). Explique el por qué de esta decisión. _____
 11. Si fuera a describir como se siente consigo mismo, qué descripciones o palabras asumiría: _____
¿Por qué? _____
 12. Analice de su vida, las actividades, deseos, situaciones que te satisfacen y generan o podrían generar placer, alegría, felicidad. _____

 13. Analice que no le satisface y genera displacer, inconformidad, infelicidad. _____

14. ¿Cuáles son sus metas a largo plazo?

a) ¿Planifica cómo lograr estas metas? Si___ No___ No se___

15. ¿Se presentas situaciones conflictivas en su vida? Si___ No___
No se___

a) ¿con que frecuencia? Poca___ Algunas Veces___
Muchas Veces___ Nunca___

16. Ante la presencia de situaciones conflictivas.

a) ¿Que hacen?_____

b) ¿A quien acuden?_____

c). ¿Por qué?_____

En cuanto a sus estudiantes.

1. ¿Poseen hábitos tóxicos? Si___ No___

a). De responder sí, diga cuales_____

b). Valore que les ha conducido a ello: _____

2. 10. ¿Practican ejercicios? Si___ No___ A veces___

a). Sabe usted el por qué de esta decisión._____

3. Si fuera a describir como se sienten los alumnos consigo mismo, qué descripciones o palabras asumiría: _____

4. ¿Por qué? _____

5. ¿Podría usted analizar de la vida de los alumnos, las actividades, deseos, situaciones que les satisfacen y generan o podrían generar placer, alegría, felicidad?_____

6. Analice, que no les satisface y genera displacer, inconformidad, infelicidad._____

7. ¿Cuáles son sus metas a largo plazo?

a) ¿Planifican cómo lograr estas metas? Si___ No___ No se___

8. ¿Se presentan situaciones conflictivas en sus vidas? Si____ No____
No se____

a) ¿con que frecuencia? Poca____ Algunas Veces____
Muchas Veces____ Nunca____

9. Ante la presencia de situaciones conflictivas.

a) ¿Que hacen?_____

b) ¿A quien acuden?_____

c). ¿Por qué?_____

Anexo No. 5

ESCALA DE AUTOVALORACION DEMBO-RUBINSTEÍN

Especialidad: _____ Ocupación: _____
Año: _____ Sexo: _____ Edad: _____

SALUD	ESTILO DE VIDA	BIENESTAR PSICOLOGICO	SALUD MENTAL	CALIDAD DE VIDA
100	100	100	100	100
0	0	0		

Anexo No. 6

TECNICA DE COMPLETAMIENTO DE FRASES

1. En la universidad.....
2. Estoy mejor.....
3. Este lugar.....
4. La preocupación principal.....
5. Deseo.....
6. Yo secretamente.....
7. Mi mayor problema es.....
8. El trabajo.....
9. Yo prefiero.....
10. Quisiera ser.....
11. La felicidad.....
12. Sufro.....
13. Mi salud.....
14. Cuando pienso en mi vida.....
15. Mi tiempo libre.....
16. Mis amistades.....
17. Mi familia.....
18. El tiempo más feliz.....
19. Mi mayor temor.....
20. No puedo.....
21. Fracasé.....
22. Mi futuro.....
23. Algunas veces.....

24. Yo.....
25. Quisiera ser.....
26. Me motiva.....
27. Creo que mis mejores actitudes son.....
28. Considero que puedo.....
29. Me esfuerzo diariamente por.....
30. Me cuesta trabajo.....
31. Mi mayor deseo.....
32. Siempre he querido.....
33. Me preocupa.....
34. Mis aspiraciones son.....
35. Mi vida futura.....
36. Me satisface.....
37. Tratare de lograr.....
38. A menudo reflexiono sobre.....
39. Me he propuesto.....
40. Mi mayor tiempo lo dedico a.....
41. Siempre que puedo.....
42. Lucho.....
43. A menudo siento.....
44. Me deprimio cuando.....

Anexo No. 7

ESCALA DE GOLBERG

1. ¿Se ha sentido tenso, nervioso “con los nervios a flor de piel”?
2. ¿Se ha sentido ansioso, inquieto, preocupado?
3. ¿Se ha sentido irritable, o monta fácilmente en cólera?
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?
5. ¿Duerme mal?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o en la nuca?
7. ¿Ha sentido temblores, pinchazos, sudores abundantes, diarrea?
8. ¿Esta preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
10. ¿Ha sentido un bajón de energía?
11. ¿Ha perdido las ganas de hacer cosas que antes le interesaban?
12. ¿Ha perdido confianza en si mismo?
13. ¿Se ha sentido desesperado, sin ilusión?
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o ha notado su mente menos clara y con peor memoria?
15. ¿Ha perdido peso por falta de apetito?
16. ¿Suele despertarse demasiado pronto por las mañanas?
17. ¿Se ha sentido lento?
18. ¿Suele sentirse peor por la mañana que por la noche?

Anexo No. 8

Cuestionario de Vulnerabilidad al estrés.

Nombre:

Instrucciones:

En este modelo encontrará usted 16 temas en relación con hábitos y dificultades por los que suelen pasar la mayoría de las personas en uno u otro momento. Si usted responde con franqueza y sinceridad nos ayudará a comprenderlo mejor.

Califique cada inciso con puntuaciones entre 1 y 5 según la frecuencia con que usted realice cada una de las siguientes afirmaciones, o el grado que se corresponda con su situación de acuerdo con la escala siguiente: 1) Siempre, 2) Casi siempre, 3) Frecuentemente, 4) Casi nunca y 5) Nunca.

- Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de siete a ocho horas.
- En 50 kilómetros a la redonda poseo por lo menos una familia en que pueda confiar.
- Por lo menos 2 veces por semana hago ejercicios hasta sudar.
- Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día.
- Tomo menos de cinco tragos (de bebidas alcohólicas) a la semana.
- Tengo el peso apropiado para mi estatura.
- Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales
- Asisto regularmente a actividades sociales.
- Tengo una red (grupo) de amigos conocidos.
- Tengo uno o más amigos a quienes puedo confiarle mis problemas personales.
- Tengo buena salud
- Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo.
- Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.
- Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo.
- Tomo al menos tres tazas de café, té o refrescos al día.
- Durante el día me dedico a mi mismo un rato de tranquilidad.

Anexo No. 9

**Cuestionario de Aislamiento y Soledad
(M.M Casullo, 1996)**

Facultad: _____ Ocupación: _____ Año: _____ Sexo: _____
Edad: _____

A continuación encontraras una serie de frases que se refieren a tu modo de ser o actuar. Léelas con atención y señala la alternativa de respuesta que mejor represente tu forma de ser o actuar con un valor entre 1 y 4. Las alternativas de respuesta son: NUNCA (escribir 1), ALGUNAS VECES (escribir 2), MUCHAS VECES (escribir3), SIEMPRE (escribir4). No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. Fíjate y no dejes ninguna sin responder.

1. Me cuesta relacionarme con los demás. _____
2. Creo que a nadie le gusta charlar conmigo. _____
3. Me siento muy solo/a. _____
4. Cuando lo necesito, siempre hay alguien que me ayuda. _____
5. Mis amigos siempre cuentan conmigo. _____
6. Cuando hay que hacer algo en grupo, intento evitarlo. _____
7. Tengo problemas con los demás. _____
8. Me gusta estar en sitios donde hay poca gente. _____
9. En mi tiempo libre estoy con familiares o amigos. _____
10. Tengo buenas relaciones con mis padres. _____
11. Tengo muy pocos amigos. _____
12. Suelo estar solo/a porque los demás no quieren estar conmigo. _____
13. Tengo con quién hablar de mis problemas. _____
14. Me gusta estar con otras personas. _____
15. La gente tiene una buena opinión sobre mí. _____
16. Me gusta más estar solo/a. _____
17. Me gusta estar con mucha gente. _____
18. Me gusta saludar a la gente. _____
19. Cuando hay mucha gente en un sitio, intento no ir. _____
20. Tengo buenos amigos. _____
21. Evito estar con gente. _____
22. Estoy distraído/a, no me entero de lo que pasa a mí alrededor. _____
23. Me molesta estar con amigos. _____
24. Me siento acompañado/a. _____
25. Soy feliz. _____