



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

EL ESTADO ACTUAL DE LOS NIVELES DE SALUD MENTAL DE
LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN COTOPAXI Y
TUNGURAHUA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

Autora:

JOSELYN DALIANA ZAMBRANO ESTRELLA

Director:

PS. RODRIGO MORETA HERRERA, MS.

Ambato – Ecuador

Junio 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

EL ESTADO ACTUAL DE LOS NIVELES DE SALUD MENTAL DE LOS
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN COTOPAXI Y TUNGURAHUA

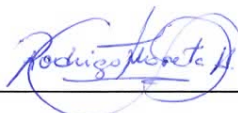
Línea de Investigación:

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

Autora:

JOSELYN DALIANA ZAMBRANO ESTRELLA

Rodrigo Moreta Herrera, Mg

f. 

CALIFICADOR

Marlon Mayorga Lascano, Mg

f. 

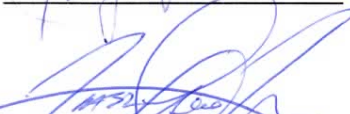
CALIFICADOR

Narcisa Villegas, Mg

f. 

CALIFICADORA

María Isabel Ramos Noboa, Ps. Mg.

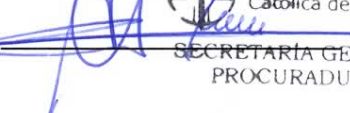

f. 

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

f. 

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 
 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador



BIBLIOTECA

Mayo 2019

DECLARACION DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **JOSELYN DALIANA ZAMBRANO ESTRELLA**, con CC. 050441458-2 autora del trabajo de graduación intitulado: “EL ESTADO ACTUAL DE LOS NIVELES DE SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN COTOPAXI Y TUNGURAHUA” previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGIA**

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Mayo 2019



JOSELYN DALIANA ZAMBRANO ESTRELLA

CC. 0504414582



BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y al Niño de Isinche, porque me permitieron lograr uno de mis mayores sueños, como es el culminar con éxito mi carrera Universitaria; por las bendiciones recibidas y brindarme la fuerza necesaria para sobrelidar de todos aquellos obstáculos que se han presentado durante este largo caminar así, como también las oportunidades que me han ayudado a convertirme en mejor persona.

A mis padres por ser el pilar fundamental para que este objetivo tan maravilloso llegue a concretarse gracias a su esfuerzo y dedicación, sin duda alguna es la mejor herencia que un hijo puede recibir de los progenitores, he sido partícipe del gran sacrificio que han realizado y hoy me siento orgullosa porque aquel trabajo incansable ha sido recompensado.

A mi hermana Abigail y mis sobrinas Brianna y Monserrath, las cuales han sido mi motivación para luchar por este gran sueño, quiero ser un ejemplo para cada una de ustedes y así demostrarles que todo es posible en la vida únicamente si se lo proponen.

A mi mejor amiga y confidente Rebeca Espinoza, por compartir conmigo no sólo mis momentos felices, sino también los más desastrosos, vergonzosos y tristes y estar dispuesta a levantarme una vez que ha sido necesario.

A mi Director de Tesis Mg. Rodrigo Moreta, quien con su conocimiento ha hecho posible que dicha aspiración se haya perpetuado, gracias por la paciencia, mi gran admiración hacia usted porque es una excelente persona y profesional.

DEDICATORIA

Se la dedico a mis padres por ser mi guía y mi apoyo incondicional sobre todo en los momentos difíciles, de quienes he recibido el mejor ejemplo tanto en el aspecto personal como académico

A mi abuelita Dorita quién pese a que no se encuentre físicamente pero en el lugar que esté sé que se sentirá orgullosa de mí porque desde muy pequeña me ha inculcado los valores más importantes como el respeto, la responsabilidad y siempre ha depositado la confianza en mí.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar el estado actual de la salud mental en estudiantes universitarios de las provincias de Tungurahua y Cotopaxi. La investigación tiene carácter descriptivo, exploratorio y de corte transversal. Se aplicó el Cuestionario de Salud General de Goldberg en la versión de 28 ítems (GHQ-28) y la Escala del *Contínuum* de Salud Mental (MHC-SF). Participaron en el estudio 494 casos (43,3% hombres y 56,7% mujeres), estudiantes de universidades públicas y privadas de las provincias de Tungurahua (43,7%) y Cotopaxi (56,3%). Los resultados muestran que los estudiantes gozan de niveles considerables de salud mental con aproximadamente 25% de casos que requieren intervención más específica. Se presentan diferencias en los niveles de salud mental por género $t = -2.113$; $p < ,05$ con mayor nivel en las mujeres, así como por instituciones públicas $t = 6,39$; $p < ,001$ con mejor salud en estudiantes de universidades públicas. La salud mental se correlaciona con el rendimiento académico ($r = ,262$ y $r = -,314$) y la situación económica ($r = ,266$ y $r = -,260$). Como conclusión se establece que es característico de la muestra analizada que los niveles de salud mental sean considerablemente altos.

Palabras clave: *Bienestar, estudiantes, salud mental y rendimiento*

ABSTRACT

This research aims of determining the current mental health and conditioning in university students in Tungurahua and Cotopaxi. This research is descriptive, exploratory and cross-sectional Goldberg's General Health Questionnaire in its 28 items version (GHQ-28) and the Continuum Mental Health Scale (MHC-SF) were applied 494 cases were subject of study (43.3% men and 56.7% women), students of public and private universities in Tungurahua (43.7%) and Cotopaxi (56.3%). The results show that these students have substantial levels of mental health with approximately 25% cases that require more specific intervention. Differences in the levels of mental health by gender are spotted $t = -2.113$; $p < .05$ with a higher level among women, as well as in public institutions $t = 6.39$; $p < .001$ with better health in students from public institutions. Mental health is connected to academic performance ($r = .262$ y $r = -.314$) and economic situation ($r = .266$ y $r = -.260$). It can concluded that sample analyzed shows considerably high levels of mental health.

Key words: *well-being, students, mental health, performance*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACION DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
Situación problémica y planteamiento del problema	3
Objetivos.....	5
METODOLOGÍA.....	5
JUSTIFICACIÓN	5
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	7
1.1. Aproximación conceptual.....	7
1.2. Indicadores de la salud mental.....	8
1.3. Aspectos constitutivos de la salud mental	10
1.4 El bienestar	11
1.5 Bienestar Subjetivo y salud mental	11
1.6 Bienestar Psicológico y Salud mental	12
1.7 Calidad de vida y salud mental.....	13
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	17
2.1 Paradigma, Modalidad y Alcance.....	17
2.2 Técnicas y herramientas	18
2.5 Participantes y muestra.....	23
2.6 Caracterización de la muestra.....	24
2.7 Método de la investigación.....	28
2.8 Procedimiento metodológico.....	29
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.1 Análisis descriptivo y comparativo por género del MHC-SF	31
3.2 Análisis comparativo por tipo de institución educativa.....	33

3.3	Análisis de casos y controles sobre los problemas de salud mental.....	35
3.4	Análisis descriptivo y comparativo por género del GHQ-28	36
3.5	Estudio de casos y controles con respecto a los problemas de salud mental en la muestra analizada	39
3.6	Análisis comparativo por tipo de institución educativa.....	40
3.7	Correlaciones entre aspectos socioeconómicos, académicos y de salud mental	43
3.8	Distribución de casos en problemas de salud mental por grupos de edad y nivel académico	44
	CONCLUSIONES.....	46
	RECOMENDACIONES	47
	BIBLIOGRAFÍA:.....	49
	ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Análisis de fiabilidad de la prueba GHQ-28	21
Tabla 2. Análisis de fiabilidad de la prueba MHCSF.....	23
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes.....	25
Tabla 4. Características académicas de los participantes	27
Tabla 5. Análisis comparativo por sexo del MHCSF y sus factores	31
Tabla 6. Análisis comparativo por tipo de institución educativa del MHC-SF y sus factores	33
Tabla 7. Análisis de casos y control del MHCSF en la muestra evaluada	35
Tabla 8. Análisis comparativo por sexo de las diferencias en los niveles del GHQ-28....	37
Tabla 9. Análisis de casos y control del GHQ-28 en la muestra evaluada.....	39
Tabla 10. Análisis comparativo por tipo de institución educativa de las diferencias en los niveles del GHQ-28.....	41
Tabla 11. Análisis correlacional	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Análisis comparativo por sexo de las medias de los factores constitutivos del MHCSF.....	32
Gráfico 2. Análisis comparativo por instituciones de las medias de los factores constitutivos del MHCSF	34
Gráfico 3. Análisis comparativo por sexo de casos y controles del MHCSF.....	36
Gráfico 4. Análisis comparativo por sexo de las medias de los factores constitutivos del GHQ-28	38
Gráfico 5. Análisis comparativo por sexo de casos y controles del GHQ-28	40
Gráfico 6. Análisis comparativo por sexo de las medias de los factores constitutivos del GHQ-28	42
Gráfico 7. Distribución de casos con problemas de salud mental en función de los años .	45

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un campo de estudio de las ciencias sociales con una considerable subjetividad ya que mantiene un vínculo indisoluble con recursos intrínsecos como la personalidad y distintas capacidades como ser individual, a la que generalmente suelen adherirse ciencias como la psicología, la medicina, la sociología entre otras. Este objeto de estudio al ser de tipo inter y trans-disciplinario cuenta con diferentes miradas y perspectivas tanto en su concepción, su funcionamiento y efectos sobre la realidad.

Esta concepción subjetiva sobre la percepción de las condiciones actuales de las personas se desprende de un constructo mucho más amplio denominado salud, mismo que fue definido por la Organización Mundial de la Salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia (WHO, 1946). Desde este aspecto y para realizar una mayor integridad de los aspectos bio – psico y sociales del individuo, se acoplaron también los aspectos referenciales que las personas podían dar de sí mismas y considerarlo como un criterio más de determinación de la salud de las personas.

Gran parte de esta especificidad en valorar el aspecto subjetivo y perceptual de la salud deviene de la necesidad de incluir nuevas y más herramientas que superen el estándar tradicional de valoración objetiva del eje salud-enfermedad con la implementación de más áreas de evaluación como la afectividad y las percepciones personales. Por lo que conjuntamente se consideró definir a la salud mental como el estado de satisfacción global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo (WHO, 1946). De esta manera producir una adherencia significativa.

Dado que la noción de salud mental con el transcurso del tiempo se fue ampliando y extendiendo, tanto sus dominios de trabajo como de aceptación científica, este criterio comenzó a rebasar la concepción higiénica-sanitaria para complementarse con concepciones sociales más amplias y en el que la interacción de los individuos era mucho más representativa como el contexto familiar, el laboral, el educativo, el social, el político entre otros.

Así la salud mental se inserta de manera integral e inclusiva en todos los aspectos físicos, sociales y mentales de las personas (Vera-Villarroel, Silva, Celis-Atenas & Pavez, 2014). Por lo que de manera contemporánea la salud mental incluye aspectos no sólo como la

satisfacción individual, sino la funcionalidad social y la productividad en su entorno social (Moreta *et al.*, 2018).

Los estudios sobre salud mental están acaparando un espacio significativo para su análisis y entendimiento. Los estudios relacionados con esta temática abordan aspectos como variables de bienestar, estrés, etc. Además, se analizan también estudios en la población ecuatoriana partiendo desde la adaptación de instrumental encargado de la medición de la salud mental. Entre los antecedentes investigativos que recoge la bibliografía podemos enlistar:

Estudios en población ecuatoriana que tratan sobre la necesidad de que esta línea cuente con mecanismos de medición más exactos a la población que se requiere evaluar (Moreta-Herrera, López-Calle, Ramos-Ramírez & López-Castro (2018), como lo muestra el trabajo de Peña Contreras y otros (2017) realizado en una muestra de 650 personas de Cuenca con el fin de realizar la adaptación del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) (Keyes, 2002), para conocer su viabilidad en ecuatorianos. En el mismo se encontró que la versión corta de dos y tres factores cuenta con adecuados niveles de ajuste a la población ecuatoriana y además es altamente viable ($\alpha = ,91$) para la medición de la salud mental en el Ecuador.

La salud mental es evaluada para conocer su nivel de afectación en la vida de las personas, como se puede apreciar en los estudios de Barrios y otros (2017) realizado en Paraguay con el objetivo de estudiar la salud mental autopercebida como factor que puede influir en la calidad de vida de los estudiantes. En los resultados encontrados en una muestra de 103 estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción mostraron que en cuanto a salud mental autopercebida por los estudiantes de medicina, en este estudio se observó que la prevalencia de psicopatología encontrada fue de 28,2 % lo cual demuestra la salud mental influye en la percepción de la calidad de vida en los estudiantes de medicina, ya que aquellos estudiantes con psicopatología tuvieron puntuaciones más bajas y, por lo tanto, una peor percepción de la calidad de vida. Así se sugiere que, se elaboren programas e instancias de protección, para que los estudiantes universitarios puedan distraerse de los estudios de manera sana, sintiéndose parte de una red social que se preocupa por su bienestar psicológico.

También se maneja la salud mental en estudiantes de carreras de salud realizado por Sandoval y otros (2017) con el objetivo de identificar el nivel de bienestar psicológico de

estudiantes de salud de una universidad estatal del sur de Chile que tienden a vincularse fuertemente con su práctica profesional, lo que en un principio puede generar incertidumbre, ansiedad y una sensación preliminar de baja autoeficacia, lo cual debería ir disminuyendo en la práctica profesional. El estudio se realizó con una muestra de 190 estudiantes de pregrado del área de la salud de las carreras de enfermería y kinesiología, comprendidos entre el primer y el cuarto año dentro del mismo se evidencia que el 40% de los estudiantes respecto al bienestar psicológico según el género, en la subdimensión dominio del entorno las mujeres presentaron una media discretamente mayor que los hombres. Por otro lado, en la subescala autonomía los hombres presentaron una media mayor que las mujeres.

Esto coincide con características asociadas al género, otorgándole al hombre una tendencia a valores más de obediencia e instrumentales, mientras que la mujer estaría más orientada a valores comunitarios o relacionales. En las subescalas de dominio del entorno y relaciones positivas los estudiantes de cuarto año presentan medias inferiores a los estudiantes de primer año, esto podría deberse a que los/las estudiantes comienzan a vincularse fuertemente con su práctica profesional, lo que en un principio puede generar incertidumbre, ansiedad y una sensación preliminar de baja autoeficacia, lo cual debería ir disminuyendo en la práctica profesional.

A partir de lo resumido, la realización de esta investigación es de importancia significativa dado que, se pretende exponer que aspectos del funcionamiento de la salud mental se ven presentes en los estudiantes universitarios con respecto a su nivel de presencia o de ausencia y los aspectos presentes en la población universitaria de Cotopaxi y Tungurahua.

Situación problémica y planteamiento del problema

Tras un grupo de observaciones preliminares y no sistematizadas se observa entre los estudiantes universitarios de centros educativos de las provincias de Tungurahua y Cotopaxi un conjunto de conductas relevantes acerca de dificultades para tener conciencia sobre sus propias actitudes y comportamientos durante largos períodos de tiempo, tanto en su contexto académico como general. Además de problemas para un adecuado afrontamiento de las presiones propias de su entorno (estudios, hogar, otros); aprietos en

aspectos relacionados con la capacidad de productividad ajustada a su contexto y sus capacidades y finalmente una limitada proactividad y contribución con su comunidad.

La presencia de estos indicadores aparentemente se relaciona con problemas en la salud mental, ya que al parecer mantiene ciertos niveles de riesgo. La salud mental es entendida como un estado de bienestar en el que un individuo tiene las capacidades para darse cuenta de sus propias actitudes, afrontar las presiones normales de la vida y además puede trabajar productiva y fructíferamente y así contribuir a la comunidad (OMS, 2001).

El estudio de la salud mental es un elemento primordial para el aporte de la psicología, ya que como es entendida actualmente no solo refiere como la ausencia de enfermedad física o mental, sino también como una esfera que cuenta con una estrecha relación con la salud física y la conducta (OMS, 2004). La salud mental al tener impacto en la conducta y el entorno puede también impactar en aspectos como el aprendizaje e influir en el desarrollo adecuado del bienestar de los estudiantes (Padilla, Rojo, Hernández, & Contreras, 2010). En los centros de educación superior de Tungurahua y Cotopaxi no se conoce a ciencia cierta el estado actual de los niveles salud mental, las condiciones actuales y las dificultades inherentes que puedan verse involucrados entre la población universitaria que realizan sus estudios en las diferentes programas y carreras.

Por lo que a partir de este análisis se plantea la necesidad de identificar la prevalencia de salud mental y otros componentes asociados a través de la realización de un estudio descriptivo, exploratorio y de corte transversal en una muestra de estudiantes universitarios de los niveles de salud mental y los problemas relacionados en una muestra de estudiantes universitarios de centros de educación superior.

Como pregunta de investigación se ha planteado conocer sobre la prevalencia de los niveles de salud mental y los problemas relacionados en una muestra de estudiantes universitarios de Tungurahua y Cotopaxi

Los resultados alcanzados tras este estudio permitirán tener una apreciación clara y sistematizada de la forma que tiene este fenómeno de manifestarse en la población de análisis y esto a la vez en un futuro mejorar en la habilidad de la toma de decisiones sobre la implementación de políticas y prácticas de intervención psicológica

Objetivos

Para el desarrollo de la presente investigación se presentan un conjunto de objetivos que permitirán establecer marcos referenciales de adquisición de metas, para ello de manera general se busca:

- Determinar la prevalencia de los niveles de salud mental y los problemas relacionados en una muestra de estudiantes universitarios de Tungurahua y Cotopaxi.

Mientras que, de manera específica, las sub-metas que nos permitirán alcanzar la meta final comprende:

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con la salud mental en estudiantes universitarios.
2. Diagnosticar las condiciones actuales de los niveles de salud mental en la muestra previamente establecida.
3. Realizar un análisis de prevalencia sobre los niveles de salud mental y problemas relacionados.
4. Establecer un informe descriptivo del comportamiento de salud mental en la muestra establecida.

METODOLOGÍA

El presente estudio de investigación es empírico cuantitativo de tipo descriptivo de poblaciones con muestra probabilística y de corte transversal (Montero & León, 2007). Además, se enmarca dentro de los estudios de prevalencia, en el que se busca conocer la representación porcentual de su presencia o ausencia.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, hay un progresivo número de estudiantes universitarios que presentan algunas conductas que probablemente pueden estar relacionadas con problemas de salud mental; además de la ausencia de datos estadísticos en las Provincias de Tungurahua y Cotopaxi sobre estudiantes que poseen dicha condición y las limitadas investigaciones en

esta temática y enfoque, hacen necesario indagar sobre este tema y conocer cómo afrontan su realidad, si existe o no afectaciones dentro del desarrollo de cada estudiante.

Por tal razón, la presente investigación toma relevancia, debido a que se intenta explicar el estado actual de los niveles de salud mental, con el objetivo de que los resultados obtenidos sean útiles para implementar estrategias que sean de beneficio para la salud mental de los estudiantes universitarios; además permitir un crecimiento eficiente tanto a nivel académico y personal. Es por ello, que el estudio es descriptivo con la finalidad de conocer el porcentaje de la presencia o ausencia de dicha variable.

Una de las razones para que la investigación tenga un toque enriquecedor es el hecho de poder conocer la manera en que los estudiantes afrontan una de las etapas del ciclo vital como es la universidad y las demandas que implica la misma, ya que el tránsito entre una período y otro significa para muchos jóvenes un proceso complejo, donde se ponen en juego varias habilidades instauradas o aprendidas para alcanzar el objetivo propuesto como es el convertirse en un profesional además que, es clave tomar en cuenta las características particulares de cada sujeto ya que éstas se combinan con las particularidades de un determinado contexto lo cual va a facilitar o impedir la gestación de conductas de riesgo.

Otro de los motivos más importantes del estudio, se halla en la oportunidad de poder promover un conjunto de acciones destinadas hacia la promoción de la salud mental y prevención de trastornos psicológicos para favorecer un desarrollo personal integral y promover estilos de vida adaptativos tomando en consideración las diversas necesidades presentes en los educandos y así lograr el despliegue de potencialidades en ellos existentes.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Aproximación conceptual

Las aproximaciones conceptuales permiten identificar que un término como el de la salud mental está siempre sujeto a distintos criterios que varían desde las posturas teóricas, la concepción epistemológica y desde luego la evolución histórica del término. Razón por lo que a día de hoy la manera en cómo fue concebida ahora y su identificación ha variado.

Existe un intento de otorgarle una dimensión positiva a la concepción de la salud mental basada en cierto modo en las capacidades y fortalezas intrínsecas para organizarse en su contexto y extrínsecas para interactuar con el mismo. Desde la concepción tradicional de la salud mental, que la establece como un estado de satisfacción global de la esfera psíquica (WHO, 1946) que se encuentra fuertemente ligada a la salud física. Es decir, en muchos aspectos guarda relación con el ‘sentirse bien’, ‘feliz’, ‘satisfecho’ con uno mismo y otros.

Otros abordajes, como el de Silvia Bermann, han intentado considerar a la salud mental como “el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, el manejo y la solución integradora de conflictos tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad” (citado por Oramas Viera, Santana López & Vergara Barrenechea (2006, p. 34). Así, cuando la persona adquiere la capacidad de enfrentar las diferentes vicisitudes de la vida y mantener el equilibrio entre la inevitable mezcla de experiencias buenas y malas que son la sustancia de la vida cotidiana alcanza el bienestar, de lo contrario pues el sujeto será más vulnerable a adquirir algún tipo de malestar mental.

Lo mencionado por Pichón-Riviere desde las teorías psicodinámicas, es llamativo, pues la salud mental lo concibe como “la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social” (Citado por: Román, 1997, p. 1). Es decir, que la fuente de plenitud del sujeto se encuentra en la interacción con las otras personas y así las conductas del sujeto cambian a partir de los propios hábitos como de las experiencias que adquiriera con las personas del entorno en el que se desenvuelve.

A vista de estas tres reflexiones, lo que se puede estimar como salud mental involucra el procesamiento de la experiencia interna y externa, por medio del aparataje psíquico que le permite tener parámetros de referenciación así como valoración; que además en muchos aspectos le permite obtener diversos mecanismos de adaptación al contexto tanto de afrontamiento como de interacción y que le dejan al individuo con una huella y un significado de satisfacción. Sin embargo, este conjunto de criterios que inicialmente tienen un sesgo fuertemente subjetivo, hecho que a lo largo del tiempo ha mostrado como principal dificultad la mecánica de medición de la misma y la interconexión con otros estratos relacionados al individuo.

El aspecto subjetivo de estos estados refleja principalmente el mecanismo de percepción como recurso fundamental en la valoración de las condiciones y el estado mental de las personas. Por lo que así, es necesario (incluso para la investigación) de la designación de indicadores o criterios conceptuales que permiten la identificación de la existencia de la salud mental junto que evidencia formal para su seguimiento y discusión.

De forma mucho más contemporánea hoy en día, la salud mental ha empezado a identificarse con ese conjunto de procesos de satisfacción y bienestar a partir de la interacción de cuatro indicadores (WHO, 2013) que son:

- a. La consciencia sobre las propias capacidades de un individuo.
- b. Los mecanismos de afrontamiento ante las tensiones normales de la vida.
- c. La capacidad para llevar a cabo un trabajo según su contexto de manera productiva.
- d. La capacidad de contribución ante su comunidad.

La Existencia de estos indicadores han permitida sistematizar la diversidad de criterios en torno a esta temática en especial para recoger la enorme cantidad de aportes sobre este fenómeno y a la vez para sistematizar en un conjunto de ideas los elementos más significativos que permitan su desarrollo y estudio.

1.2. Indicadores de la salud mental

Como se mencionó anteriormente la definición de estos indicadores han permitido un nivel de sistematización de la salud mental y la designación de esferas en las que los procesos de

evaluación así como de intervención pueden operar de mejor manera. De manera más detallada se pueden inferir sobre estos indicadores.

a. La consciencia. Explorando esta cualidad como es la consciencia, se revela que comprende el conocimiento inmediato que el sujeto tiene de sí mismo, además de sus actos y sus reflexiones que incluyen su contexto y su propia persona. Para el desarrollo de la salud mental, se requiere de un reconocimiento interno, en la que es necesaria la inclusión de la introspección como un proceso más profundo de conciencia que involucra el conocimiento sobre sus propios estados mentales, de observarse y analizarse así mismo, interpretando y caracterizando sus propios procesos cognitivos y mentales (Gosling et al., 1996).

Así se entiende que la manera en que un individuo tiene un reconocimiento de sus condiciones actuales, anteriores y de aquellas que puede desarrollar y las integra en su sistema psíquico para poder auto-referenciarse. De esta forma la salud mental requerirá de la identificación de procesos cognitivos y afectivos que permiten formar un conjunto de conductas y hábitos ‘sanos’ para un desenvolvimiento pertinente.

b. El afrontamiento. Este comprende al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que le permiten a un individuo sobrellevar el estrés y la presión derivada de la cotidianidad. Es decir, que le permiten responder tanto a las demandas internas como externas que generan el estrés y al mismo tiempo el malestar psicológico derivado del mismo (Sandín, 1995) sin agotar al individuo al punto que no pueda recuperarse.

Este aspecto es un elemento de connotado interés y estudio por parte de la psicología clínica y la psiquiatría, pues guarda una elevada relación para la salud en general así como para la psicopatología (Galán, Pérez San Gregorio & Blanco, 2001). El afrontamiento por lo tanto hace un juego que permite manejar los procesos cognitivos y conductuales para ‘dosificar’ la respuesta psíquica ante las demandas y necesidades.

c. La productividad. Si bien es cierto que se entiende como la capacidad de generar productos a partir de la transformación óptima de recursos (Casanova, 2002). El factor de relación con la salud es determinante, por cuanto las condiciones a las que se somete el individuo para producir se ven relacionadas no solo con los aspectos estructurales, sino también con los aspectos subjetivos y motivacionales que le permiten desarrollar

una actividad. Desde el punto de vista del trabajo y la productividad, variables como la rotación de personal y absentismo repercuten significativamente (Ccollana-Salazar, 2017).

Es necesario considerar, que la productividad es clave para el desarrollo individual y social y su existencia es un indicador de ajuste adecuado de la salud, por lo que ciertos aspectos externos como el aumento del estrés, la incidencia de psicopatologías como ansiedad y estrés y el consumo de sustancias han mostrado que alteran la fragilidad en el que la productividad y la salud se encuentran relacionados (Palomero et al., 2015).

d. La contribución. La contribución hacia la comunidad es la manera en la que un individuo interactúa con su entorno para aportar a su desarrollo. En el caso de la psicología este elemento es importante y se lo estudia a partir del bienestar social. Este comprende acerca de la valoración que se realizan de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad (Keyes, 1998). El individuo por lo tanto reflexiona sobre su entorno, se predispone y actúa para cooperar desde un punto de vista comunitario en su mejoramiento y desarrollo.

De hecho, la tendencia a contribuir socialmente y a sentirse satisfecho con ello correlaciona positivamente con la salud mental, al punto de que este es un factor predictor de su funcionamiento (Moreta-Herrera et al., 2018).

En esencia, la apreciación de la salud mental como un elemento subjetivo de valoración de la salud en general sustenta su constitución en aspectos internos que le pueden permitir al individuo sentirse bien apoyado en procesos reflexivos conscientes, de introspección y afectividad por una parte y de manera externa a través de la funcionalidad social a nivel del afrontamiento ante la cotidianidad, la productividad y la contribución comunitaria.

1.3. Aspectos constitutivos de la salud mental

A partir de los aspectos mencionados anteriores y junto con otros enunciados en el estudio de la salud mental, se deben reconocer tres ideas medulares (WHO, 2004), que permiten no solo la comprensión de la misma, sino también de los procesos de intervención para su mejoramiento y promoción:

a. La salud mental es una parte integral de la salud.

- b. La salud mental es más que la sola ausencia de enfermedad. De hecho es importante considerar que la salud mental así como la enfermedad mental o física pueden coexistir
- c. La salud mental se encuentra íntimamente ligada a la conducta y la salud física

Dentro del estudio de la salud mental se incluyen también otros elementos y conceptos que permiten construir un tejido teórico a modo de estructura constitutiva del mismo. Que en muchos aspectos interaccionan para generar una conexión consolidada a lo largo del tiempo.

Dentro de estos aspectos se incluyen por ejemplo: a) el bienestar subjetivo; b) la autonomía; c) la competencia; d) la dependencia intergeneracional; e) el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (WHO, 2014). También la calidad de vida y la autodeterminación (Verdugo, 2002), entre otros.

Entre estos elementos necesarios para el desarrollo pertinente de la salud mental, se recogen dos aspectos relevantes que sobresalen por el fuerte vínculo coexistente que son por una parte el bienestar y la calidad de vida.

1.4 El bienestar

El estudio del bienestar presenta varios enfoques de revisión, que con el paso del tiempo han madurado como dos tradiciones teóricas plenamente definidas para un mejor análisis y entendimiento de su dinámica, pero que interactúan entre sí (Moreta, Gaibor & Barrera, 2017).

1.5 Bienestar Subjetivo y salud mental

La primera tradición, hace un análisis desde la valoración personal por medio de la satisfacción y la emotividad para estimar en lo bien o mal que se está con la vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Aquí, se integra el componente de la felicidad, considerando las emociones positivas primordialmente en conjunto con la satisfacción con la vida en general (aspecto cognitivo). Ambos permiten a través de una mutua interacción otorgarle

una valoración global y funcional de la percepción que tiene de la vida (Yasuko, Romano & García, 2005).

Desde el componente emocional, el afecto positivo está relacionado con la valencia positiva, independientemente del negativo y así, los sujetos experimentan emociones de forma automática ante situaciones que le generen bienestar o malestar en general (Padrós & Soriano, 2012). Mientras que desde el componente cognitivo, la satisfacción con la vida se vincula con la percepción de dicha felicidad (Bastian, Kuppens, De Roover & Diener, 2014) e internamente analiza lo que es bueno o no como estilo de vida para el individuo.

Es un estado de realización de las potencialidades de los sujetos, tanto subjetivas (intimidad y expresión emocional) como objetivas (acceso a bienes, relaciones sociales y la salud) (Ardila, 2003). La Satisfacción con la Vida es una evaluación personal sin dejar de lado determinadas situaciones que son el resultado de la experiencia y juicios planteados ante la percepción de ideas o pensamientos (Ursúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Tanto la felicidad y la afectividad en general, así como la satisfacción con la vida guardan una relación significativa con la salud mental, en especial con la autoevaluación de salud; aunque se debe aclarar que a nivel de valoración de la salud mental, la mujeres tienden a evaluarse más negativamente que los hombres (Moyano & Ramos, 2007). Y desde luego con la salud mental global (Moyano Díaz, Castillo Guevara & Lizana Lizana, 2008). Es decir, que son los sentimientos positivos y el grado de satisfacción que le representa la vida, los que empujan para que la salud mental sea determinante positivamente.

1.6 Bienestar Psicológico y Salud mental

Por otra parte, con respecto al segundo enfoque del bienestar, que es el psicológico, comprende en primer lugar, la realización del potencial del individuo, el crecimiento personal y el esfuerzo para alcanzar las metas, basado en el desarrollo humano (Ryff & Singer, 1998). Pues se considera que la mera gratificación así como la satisfacción de necesidades objetivos no es suficiente para el alcance del bienestar pleno.

Es por ello que el Bienestar Psicológico se involucra con la realización de actividades, con un compromiso basado en objetivos alcanzables a través de los cuales las personas se sienten activas y auténticas. Con un ajuste de las expectativas, esperanzas, satisfacción y capacidad de afrontar la vida diaria (Díaz et al., 2006). Por lo que a la larga es un

estimador positivo altamente relevante de las condiciones de salud mental que pueden presentar los individuos (Oramas Viera, Santana López, Vergara Barrenechea, 2006).

Así como lo mencionado anteriormente, al parecer el deseo y el esfuerzo por alcanzar metas a futuro y que se centran en el crecimiento y desarrollo personal son motores que empujan y determinan la salud mental para que este pueda conservarse en los niveles más adecuados.

Tanto el bienestar subjetivo como psicológico operan de manera simultánea sin ser autoexcluyentes, más bien coexisten y se complementan entre sí (Díaz, Blanco & Durán, 2011). De esta manera, el bienestar necesitará que los procesos psíquicos internos valoren oportunamente, y que junto a otros mecanismos ‘coadyuven’ en este sistema para un funcionamiento adecuado.

Cabe señalar además, que estas dos perspectivas del bienestar en conjunto centradas en el individuo, así como desde la perspectiva social correlacionan significativamente con los parámetros de medición de la salud mental, a tal punto que son determinantes del mismo y permiten la predicción de manera significativa (Moreta-Herrera, 2018). La relación que existe entre la salud mental y el bienestar varía con respecto a la edad, es decir, que mientras las personas van envejeciendo, también van ajustando sus metas a medidas de las posibilidades propias (Liberalesso, 2002). En muchos aspectos la percepción que se tiene de la situación actual tendrá impacto sobre la salud mental o los estados psicológicos y al presentarse una salud mental mala o inadecuada influirá negativamente en el bienestar y en la consecución o adquisición de metas.

1.7 Calidad de vida y salud mental

La calidad de vida es un término que comenzó a ser usado posterior a la Segunda Guerra Mundial, con especial énfasis en los Estados Unidos, en un interés por parte de los investigadores de la época de conocer si las personas percibían sus vidas como buenas o malas, así como su seguridad financiera (Ursúa & Caqueo-Urizar, 2012). Este interés a lo largo del tiempo fue evolucionando tanto en sus definiciones como en los mecanismos de medición e incluso ampliando su espectro de interacción.

La calidad de vida, inicialmente refería a los cuidados que se hacían sobre la salud personal en general; en muchos aspectos sobre aquellos con enfermedades físicas o mentales que alteraban significativamente las condiciones de vida y funcionalidad. Posteriormente la

calidad de vida se incluyó en las políticas de higiene y salud pública, los derechos humanos, los laborales y otros, luego a la inclusión económica, y por último a la experiencia que puede reportar un sujeto a la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Vinaccia et al., 2008), esto ha respondido así debido a la evolución de la sociedad y de los estados que han ido considerando un objetivo a alcanzar como parte del desarrollo económico e industrial

Al igual que la salud y la salud mental, la calidad de vida es un constructo multidimensional que incorpora aspectos objetivos (adquisición de servicios) y también subjetivos (valoraciones) relativos a los diversos ámbitos de la vida (Moyano & Ramos, 2007). Al principio sólo se recogieron datos objetivos como el estado socioeconómico, vivienda, nivel educativo, pero no fueron suficientes pues apenas explicaban el 15% de la varianza por lo que posteriormente se incluyeron más mediciones de carácter subjetivo que permitieron realizar un incremento significativo en el entendimiento y dinámica de la calidad de vida (Bognar, 2005).

Uno de los modelos que gozan mayor aceptación a nivel mundial es el de Shalock y Verduaga el cual contempla ocho dimensiones que son:

- a. Bienestar emocional: que comprende satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés.
- b. Relaciones interpersonales: como indicadores se encuentran las interacciones, las relaciones y los apoyos.
- c. Bienestar material: los cuales son el estatus económico, el empleo y la vivienda.
- d. Desarrollo económico: con la educación, la competencia personal, y el desempeño.
- e. Bienestar físico: que incluye la salud, hábitos alimenticios, ocio, atención sanitaria, actividad física.
- f. Autodeterminación: que comprende el Control personal, autonomía, metas y valores personales y elecciones.
- g. Inclusión social: con la integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.
- h. Derechos: los cuales corresponden a los derechos humanos, los derechos civiles y otros.

En resumen, la calidad de vida es un concepto que abarca la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias particulares así

como la asociación con los aspectos particulares del entorno (Estrada et al., 2011). Es un concepto amplio y complejo por la cantidad de elementos que integran a dicho concepto. Además se debe considerar que este modelo no responde precisamente al tradicional de corte biológico, sino que es mucho más integrador al considerar aspectos biopsicosociales.

Sin embargo, dentro de esta línea de abordaje de la calidad de vida, también en las últimas décadas comenzó a emerger el concepto de calidad de vida relacionado con la vida como un aspecto constitutivo de la calidad de vida enfocado en la salud que se centra en las condiciones de salud de las personas y tomando como referencia las experiencias subjetivas sobre la salud global de las mismas (Spilker & Revicki, 1996).

1.8 Agentes nocivos en el sostenimiento de la salud mental

Como se mencionó anteriormente, la salud mental responde a aspectos como consciencia, afrontamiento, productividad y contribución comunitaria para la realización de todo el potencial humano manifiesto de salud mental, por lo que si se toma atención especial, la ausencia de salud mental o con una presencia en niveles deficitarios impide que las personas puedan realizarse ampliamente, no superar los obstáculos cotidianos, ni avanzar con los proyectos de vida, falta de productividad y bajo entusiasmo y compromiso cívico con el contexto social (Rondón, 2006). Por lo que al final se puede desencadenar en vulnerabilidad socioeconómica, la violencia, la frustración personal y social y la infelicidad.

Se conoce de un número significativo de agentes, indicadores o criterios que se encuentran más o menos manifiestos y que inciden en las problemáticas de la salud mental, sin embargo, se han identificado dentro del contexto cotidiano de los individuos al menos tres con elevada repercusión. Entre ellos tenemos al estrés, el consumo de sustancias y la incidencia de psicopatologías como la ansiedad y la depresión (Palomero et al., 2015).

a. El estrés. Desde hace tiempo se ha identificado que el estrés es un factor relevante tanto en la conservación de la salud como en sus distintas alteraciones (Galán, Pérez San Gregorio & Blanco, 2001). El principal daño que provoca el estrés viene dado cuando los niveles de tensión y de demanda sobrepasan los umbrales de afrontamiento adecuados, haciendo que dichos niveles aumenten al punto de que el cuerpo enferma y decae (Cohen, Janicki-Deverts, 2012).

b. El consumo de sustancias. El uso social que se da actualmente al consumo de sustancias, en especial al alcohol y al tabaco, muestra el enorme impacto que tienen sobre la salud mental (Sinha, 2008) y en el especial como recurso para provocar o mejorar los estados de bienestar en especial a los situacionales o de respuesta inmediata ante las demandas del contexto.

El factor de la sustancias en la salud muestra un impacto significativo, que incluso aspectos como el intento por dejar de consumirlos terminando incidiendo negativamente en la salud mental (Cohen & Lichtenstein, 1990). En el caso del alcohol por ejemplo, entre los riesgos asociados se encuentran: la violencia, la depresión, el suicidio, las complicaciones física y la disminución en la esperanza de vida al nacer (WHO, 2014).

c. Incidencia de la psicopatología.

Otro agente nocivo para la salud mental es el que tiene relación con el desarrollo de alteraciones de la conducta como lo es el caso de la psicopatología, pues estos no solo afectan al contexto general del individuo, sino también a la calidad de vida de las personas (Martínez-González, Munera-Ramos & Becoña-Iglesias, 2013).

Cabe señalar que si bien es cierto que las patologías en sí afectan al continuum de salud mental, no es menos cierto que actualmente ciertos trastornos como los de tipo ansioso y los del estado de ánimo de corte depresivo con el transcurso de los años han aumentado su prevalencia por lo que a la larga estos también repercute mucho más a los estados de salud mental y bienestar no solamente para el individuo, sino también para los grupos humanos y sociales (Marmot, 2012; WHO, 2014).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se dará a conocer tanto el procedimiento como los componentes experimentales del que dispone la Ciencia, para la indagación y recolección de datos a través de experiencias provenientes de la realidad con el fin de edificar el conocimiento científico. El presente proyecto es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal.

2.1 Paradigma, Modalidad y Alcance

El paradigma es no experimental pues Sousa, Isabel y Driessnack (2007, p. 2) refieren que este diseño “no tienen determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna”. Es decir, el diseño no experimental es sistemático y empírico, pues las variables no son receptivas a manipulación, ni existe ningún tipo de alteración por parte de terceros. Se basa en sucesos que ya ocurrieron sin la intervención directa del investigador y los sujetos son encuestados en su ambiente natural para después realizar la interpretación correspondiente.

Además, Hernández et al. (2010) lo conceptualiza como: “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149). Son indagaciones en las que no hay una manipulación intencionada de las variables, es decir, se estudia la calidad de vida y la vulnerabilidad al estrés sin intervenir de forma directa, es decir no hay manipulación; únicamente se basa en la observación de los fenómenos en su entorno natural.

La modalidad de la investigación es cuantitativa, dado que las variables son sujetas a parámetros de medición. El enfoque cuantitativo “es secuencial y probatorio, utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 4).

La medición cuantitativa usa magnitudes numéricas y conceptualiza las variables que se pretenden indagar y a través de los procesos estadísticos pertinentes permite dar una respuesta a la pregunta de investigación planteada en el estudio. No cabe duda que, la recolección y el análisis de los datos a través de los instrumentos de investigación son la

forma más confiable para poder conocer de una manera exacta la realidad objetiva de un fenómeno de estudio. Esta perspectiva por pertenecer a una ciencia exacta busca la generalización de patrones de comportamiento en una determinada población.

La investigación comprende un alcance exploratorio y descriptivo entre estudiantes universitarios de Tungurahua y Cotopaxi. Los estudios descriptivos según, Hernández, Fernández y Baptista (2010): “Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 80). Se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectiva.

Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos. Generalmente determinan tendencias, identifican áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables; o establecen el “tono” de investigaciones posteriores más elaboradas y rigurosas (Hernández et al., 2014, p. 90). Por lo que, el objetivo principal es descubrir ideas las mismas que permitan la construcción de nuevos conocimientos sobre el fenómeno estudiado.

De acuerdo a Salinas y Cárdenas (2009) este tipo de alcance sirve para: “Familiarizarse con un fenómeno relativamente desconocido. Son importantes ya que nos entregan datos importantes sobre la posibilidad de desarrollar investigaciones más profundas” (p. 60). Este alcance permite indagar sobre la realidad de las madres universitarias, ya que la información acerca de ellas es limitada (e.g. inexistencia de datos estadísticos), poco explorada y por ende en cierto grado desconocida. Será de mucha utilidad este estudio porque, al contar con sus resultados, se abren nuevas líneas de investigación, las mismas que proceden a su análisis y comprobación.

2.2 Técnicas y herramientas

Las técnicas son instrumentos que permiten la realización de la investigación; son los medios a través de los cuales se lleva a cabo los estudios (Arias, 1999). Las técnicas que se van a utilizar en esta indagación corresponden a la observación científica y a las

encuestas. Las mismas que, se apoyan en el uso de fichas de observación y cuestionarios para medir las variables demográficas, mientras que para la variable en mención corresponden a los test.

Observación científica: según Pulido (2015) hace referencia, a la “observación y registro de comportamientos y acciones previamente especificados y puede aplicarse siempre que el ámbito seleccionado se produzca en situaciones públicas y que permita que el investigador realice la observación sin participar directamente en la situación” (p.13). Es decir que, el conjunto de fenómenos que se ha planteado indagar se han examinado de forma directa y así se ha podido recolectar la mayor cantidad de información para poder lograr el propósito acordado.

Encuesta: es una técnica que permite la recolección de información específica sobre lo que se desea saber de los participantes, puede ser aplicada de forma grupal o individual. Es así que López y Fachelli (2015) la define como: “Una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida” (p. 8). Se la utilizó con el fin de obtener datos relevantes sobre la población de interés.

El valor de una investigación mediante encuestas depende finalmente de la calidad de las mediciones que hacen los investigadores. A su vez, la calidad de estas mediciones depende de la calidad de los instrumentos utilizados para hacer mediciones. En la superficie, un cuestionario puede no parecer uno de los instrumentos de alta tecnología utilizados en la investigación científica; pero cuando se construye y utiliza de manera apropiada, un cuestionario es un poderoso instrumento científico (Shaughnessy et al., 2007).

Así, la investigación mediante cuestionario brinda un medio exacto y eficiente para describir las características de la gente así como sus pensamientos y sentimientos en los ámbitos personal y académico.

2.3 Herramientas

En cuanto a las herramientas se puede mencionar que, se utilizó:

La Ficha Ad Hoc sociodemográfica. En la cual se recopiló datos en relación a: información general de los participantes, escolaridad, economía y trabajo y la situación académica y laboral de los estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato y la Universidad Técnica de Cotopaxi de las ciudades de Ambato y Latacunga respectivamente.

2.4 Instrumentos

El Cuestionario de Salud de Goldberg en la versión de 28 ítems (GHQ-28). Diseñado por Goldberg & Hiller (1972) y la versión al castellano de Godoy-Izquierdo y otros (2002), que tiene como el fin el evaluar el grado de percepción de salud general y la severidad de disturbios psiquiátricos menores de las personas que acuden a valoración hospitalaria.

El test es un cuestionario auto administrado por medio de cuatro sub-escalas que miden: a) síntomas somáticos de origen psicológico (cansancio, fatiga, dolor de cabeza, malestar general, otros); b) ansiedad (alteraciones en el ciclo circadiano, irritabilidad, tensión psíquica, otros); c) disfunción social (capacidad para tomar decisiones, nivel de organización de actividades cotidianas, relaciones interpersonales, otros); y, d) depresión (anhedonia, sensación de falta de energía, apatía). El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg (García, 1999, p. 88-89).

Se califica cada ítem en una escala Likert de 4 opciones, comprendidas entre 0 (“mejor que lo habitual”) a 3 (“mucho peor que lo habitual”). El sistema de puntuación consiste en otorgar valores de ‘0’ y ‘1’. La puntuación máxima total es de 28 puntos, siendo la situación peor en la que se puede encontrar el sujeto (Fernández & García, 2011). En la versión de Lobo, Pérez Echeverría y Artal (1986) se recomienda emplear un punto de corte 5/6 para la puntuación total de la escala dada su mayor especificidad (82%) y sensibilidad (84.6%). La elección de este instrumento se debe a su fiabilidad, validez, aplicabilidad, accesibilidad y la elevada fiabilidad test-retest ($r = .90$).

En la valoración de la consistencia interna del cuestionario GHQ-28 se observa que en los factores de Síntomas somáticos ($\alpha = ,917$), Ansiedad-Insomnio ($\alpha = ,937$), Disfunción Social ($\alpha = ,935$) y Depresión ($\alpha = ,941$) los valores de fiabilidad que arrojan se encuentran muy por encima de los criterios de aceptación, recalcando en el mismo que estos puntajes son de elevada fiabilidad de la prueba, así como en su valoración global ($\alpha = ,969$) (ver tabla 3).

Tabla 1 *Análisis de fiabilidad de la prueba GHQ-28*

Factores	Ítems	α
Síntomas Somáticos	7	,917
Ansiedad-Insomnio	7	,937
Disfunción social	7	,935
Depresión	7	,941
Global	28	,969

Nota: 494 observaciones

Fuente: Elaboración propia

Desde un punto de vista metodológico, la presencia de un valor elevado del coeficiente de Cronbach, es indicador de que el test cuenta con una consistencia sólida para la valoración de las condiciones de salud mental, pues se encuentra por encima del 90% de fiabilidad.

El GHQ-28 adaptada a la población española tiene un nivel de confiabilidad superior al 90% (Lomas, Fernández & Navarro, 2018), propiedades psicométricas que no varían del análisis de fiabilidad realizado en dicha investigación. En base a las características del reactivo utilizado se puede manifestar, que posee una validez estructural adecuada para la aplicación y difusión del mismo.

Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF). Los estudios han demostrado que el funcionamiento positivo en la salud mental está asociado al bienestar psicológico y al bienestar social, dejando ver las ventajas de su estudio a lo largo del ciclo vital y con ello las investigaciones de la psicología positiva y el bienestar se han visto fortalecidas (Keyes, 2005). El estudio del bienestar en el área de la psicología se inicia en dos grandes líneas, la hedónica y eudaimónica (Keyes, Corey, Shmotkin, & Ryff, 2002). La primera representada por la investigación enfocada al estudio del

bienestar subjetivo, indicador de la valoración que las personas tienen respecto a la satisfacción con la vida, la felicidad y las capacidades afectivas positivas, y la segunda orientada al bienestar psicológico, concepto que incluye las dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, además de comportamientos relacionados con la salud en general que responden al funcionamiento positivo del ser humano.

Este modelo teórico fue la base para desarrollar la escala, al principio estuvo conformada por 40 ítems y era un cuestionario de auto registro. (Keyes, 2002; 2005; 2007). Posteriormente se desarrolló una versión más corta, el *Mental Health Continuum Short Form* [continuum de salud mental] (MHC-SF) (Keyes, 2009) con 14 ítems esta versión se popularizó rápidamente por su brevedad en la aplicación conservando su carácter de autoregistro. La forma corta consiste en 14 ítems que responden a una escala Likert de uno a seis puntos, siendo 1 nunca y 6 todos los días, teóricamente 3 ítems pertenecen a la dimensión bienestar emocional, 5 bienestar social, y 6 dimensión de bienestar psicológico.

En el estudio realizado por Peña y otros (2017), en cuanto a la validez y confiabilidad aluden que, el alfa de Cronbach presenta un valor global que indica alta consistencia interna para el total de la escala MHC-SF ($\alpha=.91$). El coeficiente de consistencia interna para la sub-escala Bienestar Emocional ($\alpha=.80$) se valora como alto, siendo el ítem más representativo “*me he sentido satisfecho con la vida*”; la sub-escala Bienestar Social muestra un valor moderado ($\alpha=.72$), su ítem más representativo es “*me he sentido que pertenezco a una comunidad, grupo, escuela o vecindario*”; finalmente, la sub-escala Bienestar psicológico presenta un alfa considerado alto ($\alpha=.85$).

El análisis de fiabilidad del MHC-SF del presente estudio (ver tabla 2), se muestra que en los componentes de Bienestar Emocional ($\alpha= ,908$), Social ($\alpha= ,907$) y Psicológico ($\alpha= ,939$) se encuentran dentro del criterio de aceptación de fiabilidad; mientras que de manera global es de $\alpha= ,965$ que de la misma manera confirma dicho enunciado para el MHC-SF.

Tabla 2 Análisis de fiabilidad de la prueba MHCSF

Factores	Ítems	α
Bienestar emocional	3	,908
Bienestar social	5	,907
Bienestar Psicológico	6	,939
Bienestar General	14	,965

Nota: 494 observaciones

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las características psicométricas del reactivo, autores como Macahado y Bandeira (2015) señalan que, el Cuestionario MHCSF satisface los criterios de: validez, estructura y confiabilidad necesarias para la aplicación y difusión, con un Alpha de Cronbach entre el 0,86 y 0,96. Se evidencia que el cuestionario es uno de los más utilizados en la población Chilena para medir el nivel de bienestar mental en la población en general.

2.5 Participantes y muestra.

La población de interés para la presente investigación son las y los estudiantes universitarios que cursan las distintas carreras de pregrado en los centros de educación superior de la Provincia de Cotopaxi y Tungurahua que comprenden la Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC) y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE-Ambato). Se considera un estimado de aproximadamente 10000 estudiantes entre hombres y mujeres de distintas edades y niveles.

En esta peculiar población se observó un conjunto de conductas relevantes acerca de dificultades para tener conciencia sobre sus propias actitudes y comportamientos durante largos períodos de tiempo, tanto en su contexto académico como general. Además de problemas para un adecuado afrontamiento de las presiones propias de su entorno (estudios, hogar, otros); aprietos en aspectos relacionados con la capacidad de productividad ajustada a su contexto y sus capacidades y finalmente una limitada proactividad y contribución con su comunidad. La presencia de estos indicadores aparentemente se relaciona con problemas en la salud mental, ya que al parecer mantiene ciertos niveles de riesgo.

Muestra. El cálculo del tamaño de la muestra se desarrolla considerando el margen de error tolerado que es del 5%, con un nivel de confianza del 95% y una probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia del 50%. De este cálculo se desprende que el tamaño idóneo de la muestra es de 300 casos. Para el estudio se trabajó con 494 casos superando el valor considerado, esto se hizo para garantizar que los resultados encontrados cuenten con una validez interna adecuada y sensible a los parámetros estadísticos usados.

Muestreo. El tipo de muestreo a utilizar es de tipo no probabilístico con criterio de inclusión, es decir que cuenten con los permisos firmados por escrito, asistencia regular a clases, deseos de participar en el proyecto y no presentar ningún tipo de dificultad física o psicológica que impida la realización óptima de la prueba. Autores como Shaughnessy y otros (2007) expresan que dentro de este tipo de muestreo “no hay forma de estimar la probabilidad de que cada elemento sea incluido en la muestra” (p. 544). Pero su uso es recurrente en los trabajos de investigación en ciencias sociales y de la salud.

2.6 Caracterización de la muestra

Comprende un análisis preliminar sobre las condiciones que presentan los participantes en función de los aspectos sociodemográficos y académicos en función de la distribución por género. Para el mismo, previamente se segmentó a los participantes en dos grupos de trabajo en función del sexo. El primero que corresponde al de los hombres que está compuesto por 214 casos (43,3%) y el segundo que es el de mujeres lo comprenden 280 casos (56,7%).

- **Variables personales.** En la tabla 1 se revisa las características de la muestra comparadas por género en función de variables sociales como la identificación étnica, el estado civil y la ubicación domiciliaria de los participantes. Para estas variables de carácter nominal, los datos se presentan en función de la frecuencia (f) y la representación porcentual (%).

El contraste de hipótesis se realizó por medio de la prueba Chi Cuadrado de Pearson (χ^2). Mientras que para la variable edad, de tipo discreta, la misma se representa por la media (M), la desviación estándar (DE) y el contraste a través de la prueba t para muestras independientes (t).

Tabla 3 Características sociodemográficas de los participantes

Categoría	Masculino		Femenino		Contraste χ^2
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	
Etnia					
Mestizo/a	192	89,7%	254	90,8%	
Indígena	20	9,3%	25	8,9%	,702; ,704
Afro	2	0,9%	1	0,4%	
Estado civil					
Soltero/a	179	83,3%	244	87,1%	
Unión libre	13	6,0%	12	4,3%	
Casado/a	17	7,9%	24	8,6%	8,84; ,065
Separado/a	5	2,3%	0	0,0%	
Divorciado/a	1	0,5%	0	0,0%	
Ubicación Domiciliaria					
Urbano	190	88,4%	235	84,2%	
Rural	25	11,6%	44	15,8%	1,73; ,117
	Media	Desv.	Media	Desv.	t
Edad	21,7	2,26	21,1	1,99	3,1; ,002

Nota: ** $p < ,01$ (494 observaciones).

Fuente: Elaboración propia

El análisis sociodemográfico muestra con respecto a la identificación étnica que tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, la identificación étnica de mestizo o mestiza es la que tiene mayor predominancia sobre las otras identificaciones (indígena y afroecuatoriano/a). En ambos grupos, bordean el 90% de los casos y no se presentan diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los grupos con $\chi^2 = ,702$; $p > ,05$; por lo que se estima que son iguales.

Sobre el estado civil, el análisis muestra que la condición de soltero/a es la que presenta mayor prevalencia bordeando entre el 83,3% para los hombres y el 87,1% para las mujeres, seguido del estado civil de Casado/a con cerca del 9% y de unión libre con el 6% para los hombres y el 4,3% para las mujeres. No se encontró que en esta distribución de los estados civiles por género muestren diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 8,84$; $p > ,05$), por lo que se concluye que las distribuciones son iguales.

En la ubicación domiciliaria de los participantes, se observa que los participantes predominantemente viven en la franja urbana de las ciudades de Ambato y Latacunga, mientras que el 11,6% de los hombres y el 15,8% de las mujeres lo hacen en la zona rural. No se presentan diferencias significativas $\chi^2 = 1,73$; $p > ,05$ en la distribución de los grupos por género.

Por otra parte, en lo que se refiere a la edad los hombres y las mujeres bordean los 21 años, señalando así ser una muestra de participantes relativamente jóvenes y acorde con la edad en la que se realizan los estudios universitarios. Si se aprecian las diferencias estadísticamente entre los grupos con $t = 3,1$; $p < ,05$ en el que el grupo de los hombres presenta más edad que el de las mujeres.

La explicación de estas diferencias en lo que respecta a la edad, se deben probablemente a aspectos de muestreo en la selección de los participantes, pues este no fue aleatorizado y por lo tanto se pudo hallar desequilibrio en esta variable.

Variabes académicas. Un segundo segmento de análisis a continuación, tienen relación con las características académicas de los participantes (ver tabla 2), en el que se revisó aspectos como el centro de estudios, tipo de sostenimiento económico del centro de estudio y la carrera que se encuentra realizando. De la misma manera que en la revisión anterior, la representación de los resultados se muestra, por medio de la frecuencia (f) y la representación porcentual (%), y al tratarse de variables nominales, el contraste se lo realiza por medio de la prueba Chi cuadrado de Pearson (χ^2) a fin de evidenciar diferencias ($p < ,05$) en la distribución de los grupos.

Tabla 4 Características académicas de los participantes

<i>Categoría</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Contraste X²</i>
	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	
<i>Universidad</i>					
UTC	109	50,7%	132	47,1%	
UTA	12	5,6%	42	15,0%	11,2; ,004
PUCESA	94	43,7%	106	37,9%	
<i>Sostenimiento económico</i>					
Pública	121	56,3%	174	62,1%	
Cofinanciada	94	43,7%	106	37,9%	1,74; ,110
<i>Rendimiento académico</i>					
Sobresaliente	6	2,8%	16	5,7%	
Muy bueno	25	11,6%	86	30,7%	
Bueno	145	67,4%	156	55,7%	35,3; ,000
Regular	37	17,2%	21	7,5%	
Malo	2	0,9%	1	0,4%	

Nota: * $p < ,05$ (494 observaciones).

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a los aspectos académicos los participantes se encontró que principalmente proceden de la Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC) entre hombres y mujeres bordeando el 50%, seguidos por los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato (PUCESA) entre el 43,7% y el 37,9% para hombres y mujeres y finalmente la Universidad Técnica de Ambato (UTA) con entre el 5% y el 15% respectivamente. En este análisis, la distribución de hombres difiere del de las mujeres al variar entre el número de participantes por género provenientes de la UTA con $\chi^2 = 11,2$; $p < ,01$. En este aspecto, dadas las condiciones sociodemográficas actuales con respecto a la repartición de cupos en el sector de la educación superior, cada año se reporta una mayor representación porcentual de mujeres que de hombres. Los datos obtenidos se corrobora con resultados de investigaciones previas, en donde por medio de exigencias y luchas continuas, a partir del siglo XIX, las mujeres lograron ingresar a la educación superior, incrementando de forma progresiva su presencia (Ordorika, I, 2015). De este modo, algunos centros de educación superior se han planteado la equidad de género como uno de

los principios fundamentales establecido en el reglamento institucional además, en varias universidades se cuenta con protocolos e instancias para atender casos de discriminación, acoso, hostigamiento y otras formas de violencia de género.

Acerca del sostenimiento económico de las instituciones en las que se encuentran cursando sus distintas carreras de pregrado, los estudiantes proceden en un 56,3% (hombres) y un 62,1% (mujeres) de universidades públicas (UTC y UTA), mientras que el diferencial restante procede de universidades cofinanciadas (PUCESA). No se encontraron diferencias en la distribución de los participantes con respecto a la variable y en referencia al género $\chi^2 = 1,74$; $p > ,05$. Por lo que se concluye que son similares.

Sobre el rendimiento académico, se observa que en los hombres predomina mucho más el rendimiento bueno y regular, mientras que en las mujeres lo es el rendimiento académico bueno y muy bueno. Se aprecia que existen diferencias en la distribución por sexo $\chi^2 = 35,3$; $p < ,001$. Las mujeres tienden a mostrar un mejor rendimiento académico que los hombres.

Esto se reafirma en un estudio realizado por Sepúlveda *et al.*, (2010) en estudiantes universitarios, demostró que las mujeres elaboran más resúmenes, construyen más esquemas, hacen más uso de lápices de distintos colores y signos para resaltar la información importante. Además, al momento de las evaluaciones o exámenes acuden más que los hombres al apoyo de los amigos, profesores o familiares cuando tienen dudas en los temas de estudio, están más conscientes del proceso enseñanza-aprendizaje que los hombres, de la funcionalidad de las estrategias de estudio y consideran importante organizar esta información a través de esquemas, resúmenes y/o mapas conceptuales. Esto quiere decir que, las mujeres poseen más estrategias de aprendizaje relacionadas a la adquisición y recuperación de la información.

2.7 Método de la investigación

Para la realización de la investigación, se utilizó como base el método científico aplicado a las ciencias sociales. Sierra (2007) menciona que el método científico es un método de investigación, cuya finalidad es ampliar el conocimiento actual de una realidad de nuestro entorno, guiándonos hacia la forma correcta de realización de un estudio e indicando el camino o procedimiento que se seguirá para alcanzar los objetivos propuestos en la

investigación, de tal manera que, gracias a la utilización del método científico, fue factible investigar a profundidad sobre la temática propuesta.

2.8 Procedimiento metodológico

La investigación en cuestión partió desde la indagación bibliográfica, con el fin de recolectar la información necesaria sobre la temática de estudio para así ser sometida a un análisis minucioso. Posteriormente se procedió a seleccionar de manera asertiva los instrumentos psicométricos para la evaluación de las variables de estudio. Seguidamente se trabajó con la población de interés correspondiente a estudiantes universitarios de la Provincia de Tungurahua y Cotopaxi.

La recolección de datos se cristalizó en un único proceso que contó con la socialización del proceso de evaluación con los representantes legales de cada uno de los participantes, los mismos que se informaron de los parámetros y cláusulas de la investigación a través del consentimiento informado. De esta manera se contó con el criterio de confidencialidad a través del uso de los números de cédula de sus representantes legales como base de identificación. Seguidamente cada uno de los participantes respondieron de manera inmediata la ficha sociodemográfica y los reactivos psicológicos organizados de la siguiente forma: Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano Keyes, C, Cuestionario de salud (SF – 36) y Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)

Posteriormente, se procedió a tomar los datos de las aplicaciones, mismo que fueron ingresados al Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 21 para su procesamiento respectivo. A través de todo este proceso se ha generado conocimientos bastos sobre el estado actual de los niveles de salud mental en estudiantes universitarios, con el fin de detectar factores que influyan en la problemática que se vislumbra de manera amplia en esta población y poder de manera futura extender los estudios propiciando la búsqueda de mejoras a nivel de la calidad de vida de los estudiantes universitarios.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el siguiente capítulo se presentan distintos bloques de análisis de los resultados para una visualización óptima de los hallazgos, el primer y segundo segmento de resultados corresponden a los resultados obtenidos a través de las pruebas MCH-F y GHQ-28 para medir los niveles de salud mental y los problemas psicológicos asociados en cada caso.

En estos dos bloques de presentación se realizan tanto un análisis comparativo de los resultados considerando grupos por género (masculino y femenino) y tipo de institución educativa (pública y privada). Una parte de los resultados se lo observa a través de las descripciones de las medias aritméticas y se contrasta estos resultados con la prueba t para muestras independientes (t) para determinar diferencias o no a nivel estadístico ($p < ,05$). Los resultados de los análisis de la prueba se los consideró asumiendo varianzas iguales pues se corroboró el supuesto de homocedasticidad ($p > ,05$).

También se estableció un análisis categórico de los resultados globales de las pruebas para determinar la prevalencia de casos frente a no casos por medio de las categorías diagnósticas en función de los puntos de corte. El contraste se realizó con la prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2) para identificar diferencias entre los grupos ($p < ,05$).

El segundo bloque de análisis se refiere al análisis correlacional entre aspectos académicos de los participantes como rendimiento académico y la situación académica con las variables de salud mental con el Coeficiente de Correlación de Pearson (r) y así identificar el grado de relación existente entre los mismos.

La gestión de los datos se realizó con el software SPSS en la versión 21 (IBM Corp., 2012).

3.1 Análisis descriptivo y comparativo por género del MHC-SF

En este primer análisis se realiza un estudio de tipo comparativo entre hombres y mujeres de los puntajes medios alcanzados en los factores del MHCSF que son: el Bienestar Emocional (corte: 9 puntos); el Bienestar Social (corte: 15 puntos) y el Bienestar Psicológico (corte: 18 puntos), así como el puntaje global del mismo (corte: 42 puntos).

Para conocer la existencia o no de diferencias por género, se verificó en primera instancia el supuesto de homocedasticidad por medio de la prueba de Levene (F) para el posterior uso de la prueba de t para muestras independientes (t), asumiendo o no varianzas iguales (ver tabla 1).

Tabla 5 Análisis comparativo por sexo del MHCSF y sus factores

Factores	Masculino		Femenino		F	t; p
	Media	Desv.	Media	Desv.		
Bienestar Emocional	10,19	2,88	10,84	2,76	1,033	-2,578; ,010
Bienestar Social	15,95	4,65	16,61	4,35	1,587	-1,616; ,107
Bienestar Psicológico	20,27	6,22	21,34	5,58	2,719	-2,010; ,045
Bienestar General	46,41	13,05	48,79	11,95	1,881	-2,113; ,035

Nota: ** $p < ,01$; ** $p < ,001$ (494 observaciones)

Fuente: Elaboración propia

Los análisis muestran de la existencia de diferencias significativas en los factores de Bienestar Emocional con valores de $t = -2,578$; $p < ,05$; en el que las mujeres tienen una media $\bar{X} = 10,84$; desviación $\sigma = 2,88$ puntuaron significativamente más que los hombres con una media $\bar{X} = 10,19$; desviación $\sigma = 2,76$. En una similar situación se hallaron diferencias en el Factor de Bienestar Psicológico con $t = -2,01$; $p < ,05$ con puntajes de media $\bar{X} = 20,27$; desviación $\sigma = 6,22$ para los hombres y media $\bar{X} = 21,34$; desviación $\sigma = 5,58$ para las mujeres.

En el caso del Bienestar General que corresponde a la valoración global, los puntajes alcanzados corresponden a una media $\bar{X} = 46,41$; desviación $\sigma = 13,05$ para los hombres y media $\bar{X} = 48,79$; desviación $\sigma = 11,95$ para las mujeres, con diferencias significativas para el segundo grupo con $t = -2,113$; $p < ,05$.

De manera general se evidencia que, los resultados manifiestan que las mujeres tienen un mejor comportamiento en lo que se refiere a salud mental que los hombres. Estos resultados, muestran discrepancia a otros estudios ejecutados en la población universitaria

en donde encuentran que, las mujeres presentan mayor gravedad en sus cuadros afectivos que los hombres, lo cual también se relaciona con los procesos de vulnerabilidad, la experiencia de enfermedad, la manifestación de la enfermedad somática, la búsqueda de ayuda y la atención en los servicios sanitarios. De acuerdo con la evidencia, consideramos que esta desventaja en la salud mental de las mujeres respecto de los hombres también estaría relacionada con procesos de estratificación social tales como el empleo, la conciliación de la vida familiar y las tareas del hogar, las oportunidades y los recursos con los que cuentan (Pastorino et al, 2017). Al parecer el género se considera un determinante de la salud mental. Hombres y mujeres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales, los cuales influyen en el comportamiento en relación con la salud mental

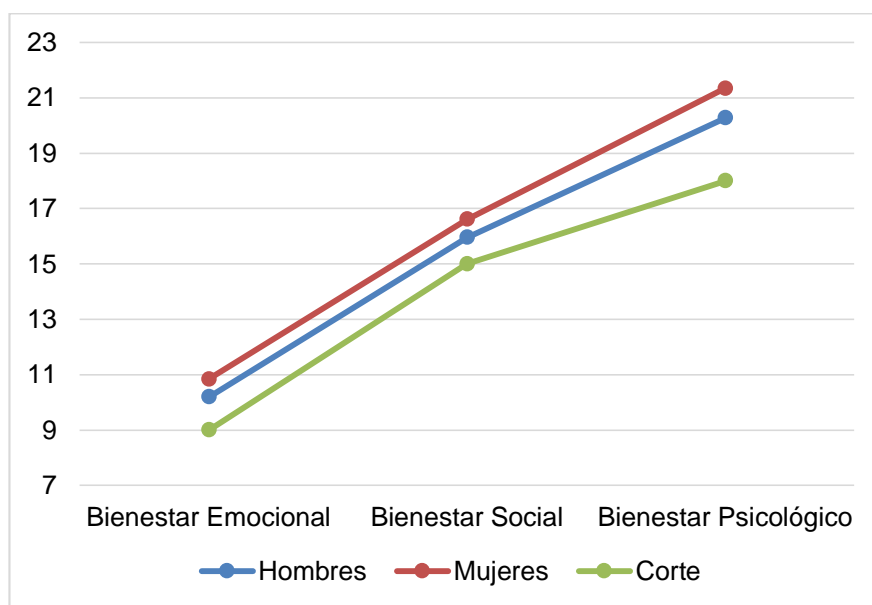


Gráfico 1 Análisis comparativo por sexo de las medias de los factores constitutivos del MHCSF

La gráfica 1 muestra, la tendencia de los factores con respecto al punto de corte, mismo que permite identificar si las conductas a evaluar son o no significativas incluyendo también los puntajes globales de la prueba. En este caso, en todos los niveles de Bienestar de los participantes se encuentran por encima del punto de corte, con lo cual se identifican como elevados y significativos y característico de la muestra evaluada. De la misma manera la tendencia se encontró también en el puntaje global de la prueba. En la gráfica también se identifica las diferencias por género en los factores de Bienestar Emocional y Psicológico, así como en el Bienestar General.

3.2 Análisis comparativo por tipo de institución educativa

En este análisis se intenta comparar las diferencias o no en los factores existentes del MHC-SF considerando a los participantes en grupos de estudiantes pertenecientes a universidades públicas (295 casos) y públicas (200), para identificar los niveles de bienestar existentes. Para el mismo, al igual que en el análisis comparativo anterior se compararon las medias de los participantes (\bar{X}) y el contraste por medio de la prueba de estudiante (t) para conocer si existen diferencias estadísticas ($p < ,05$) (ver tabla 2).

Tabla 6 Análisis comparativo por tipo de institución educativa del MHC-SF y sus factores

Factores	Pública		Privada		F	t; p
	Media	Desv.	Media	Desv.		
Bienestar Emocional	11,08	2,57	9,79	3,02	14,87***	5,10; ,000
Bienestar Social	17,32	4,00	14,87	4,78	11,57**	6,18; ,000
Bienestar Psicológico	22,20	4,76	18,92	6,78	31,31***	6,33; ,000
Bienestar General	50,60	10,59	43,57	13,84	24,54***	6,39; ,000

Nota: ** $p < ,01$; *** $p < ,001$ (494 observaciones).

Fuente: Elaboración propia

En el factor de Bienestar Emocional se encontraron puntajes de media $\bar{X} = 11,08$; desviación $\sigma = 2,57$ para el grupo de estudiantes de instituciones públicas y de media $\bar{X} = 9,79$; desviación $\sigma = 3,02$ para instituciones privadas. En el mismo se observan diferencias significativas $t = 5,10$; $p < ,001$ siendo el primer grupo mayor que el segundo.

En el factor de Bienestar Social son existentes las diferencias estadísticamente significativas $t = 6,18$; $p < ,001$; pues el grupo de participantes de instituciones públicas media $\bar{X} = 17,32$; desviación $\sigma = 4$ es mayor que el grupo de participantes de instituciones privadas media $\bar{X} = 14,87$; desviación $\sigma = 4,78$.

En el factor de Bienestar Psicológico los puntajes alcanzados por los participantes de instituciones públicas media $\bar{X} = 22,20$; desviación $\sigma = 4,76$ y de las privadas media $\bar{X} = 18,92$; desviación $\sigma = 6,78$ son estadísticamente significativos $t = 6,33$; $p < ,001$ en el que el primer grupo presente mayor puntaje de bienestar psicológico que el segundo.

En la valoración global del MHC-SF se encontraron diferencias por tipo de institución educativa $t = 6,39$; $p < ,001$ en el que los participantes de instituciones públicas media $\bar{X} =$

50,60; desviación $\sigma = 10,59$ tienen mayor bienestar general que de las privadas media $\bar{X} = 43,57$; desviación $\sigma = 13,84$.

Estos hallazgos gozan el respaldo en estudios previos, los cuales sugieren que podría significar que los participantes de universidades públicas logran desarrollar sus potencialidades de manera eficiente y satisfacer sus necesidades, eligiendo o creando entornos favorables, ya que podrían autoafirmarse en sus propias convicciones para satisfacer su propia individualidad. Así como también perciben que tiene una buena relación con la sociedad y sus grupos significativos de los que perciben apoyo social (Valle, Beramendi & Delfino, 2011). Es decir que, los estudiantes de universidades privadas presentan mayor preocupación acerca de las expectativas y autoevaluaciones es así que no logran confiar en el desarrollo y capacidad para generar bienestar, sucede lo contrario con los participantes de universidades públicas quienes presentan actitudes positivas hacia sí mismos y con los demás, poseen un sentido de competencia para manejar el entorno, tiene objetivos y metas claras.

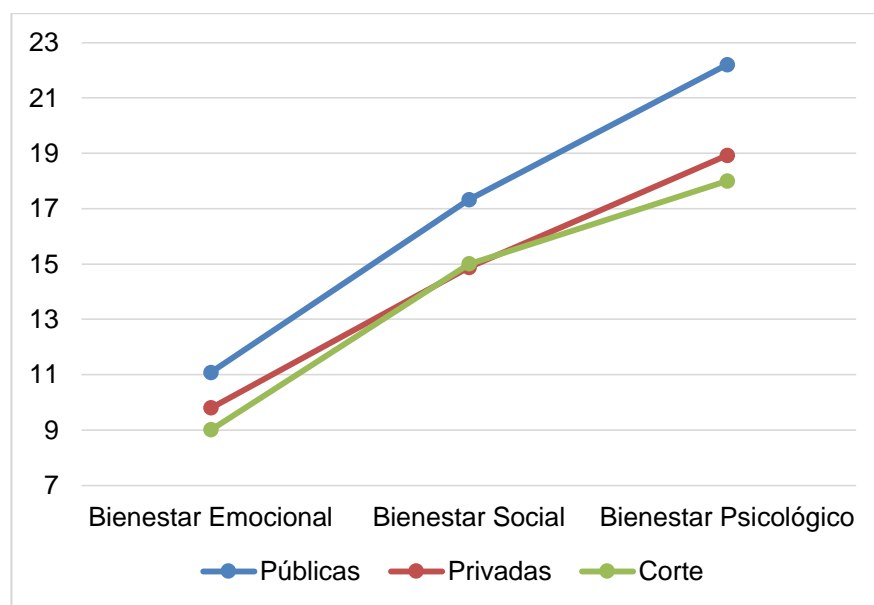


Gráfico 2 Análisis comparativo por instituciones de las medias de los factores constitutivos del MHCSF

La gráfica muestra que en el caso de los participantes de instituciones públicas, estos se encuentran por encima del corte, en el mismo señala que los niveles de salud y bienestar son altos a diferencias del grupo de instituciones privadas en el que el Bienestar Social se

encuentra ligeramente por debajo del punto de corte, mientras que los factores restantes ligeramente superan el punto de corte. De manera general el puntaje de los estudiantes del grupo de universidades públicas es superior con diferencias estadísticas al grupo de universidades privadas.

3.3 Análisis de casos y controles sobre los problemas de salud mental.

En esta sección se analiza la prevalencia de casos significativos que indican problemas significativos relacionados con bajos niveles de salud mental entre los participantes del estudio.

Para el mismo, se establece un análisis categórico entre casos ($\bar{X} < 43$ puntos) y de control ($\bar{X} \geq 43$) del MHCSF. En este análisis estadístico, se evalúa la frecuencia y la representación porcentual de los grupos de hombres y mujeres. La verificación de diferencias significativas ($p < ,05$), se realizó a través de la prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2) como se puede apreciar en la tabla 2.

Tabla 7 Análisis de casos y control del MHCSF en la muestra evaluada

<i>Categoría</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Contraste</i> X^2
	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	
No caso	155	72,1%	212	75,7%	,832; ,209
Caso	60	27,9%	68	24,3%	

Nota: * $p < ,05$ (494 observaciones)

Fuente: Elaboración propia

Se observa que en el caso de los hombres un 27,9% presenta bajos niveles de salud mental con lo cual se consideran casos significativos que requerirán evaluaciones de mayor profundidad; mientras que en el caso de las mujeres las condiciones de caso tienen una prevalencia del 24,3%. No se presentan diferencias estadísticamente en la distribución de los grupos analizados con $X^2 = ,832$; $p > ,05$.

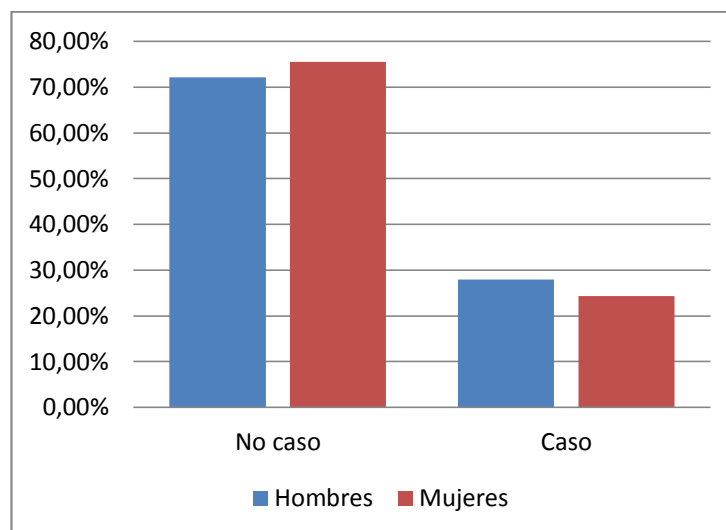


Gráfico 3 Análisis comparativo por sexo de casos y controles del MHCSF

La gráfica 2 presenta que la prevalencia de casos que presentan problemas a nivel de salud mental ronda el 25% aproximadamente. Lo cual puede representar un aspecto de importancia relevante para los procesos de intervención en el contexto de la salud mental, pues si bien no significa necesariamente trastornos o problemas psicológicos si es necesario la inclusión de procesos de evaluación más profundo para estos segmentos. Además, cabe señalar que las diferencias por género en estos casos no están presentes.

3.4 Análisis descriptivo y comparativo por género del GHQ-28

En el presente segmento se busca conocer desde una perspectiva descriptiva el comportamiento actual que tienen los participantes analizados con respecto a la evaluación del estado mental.

En este primer análisis, se presentan los resultados estadísticos de tendencia central (M) y dispersión (Ds) obtenidos por grupos de género en los factores de Síntomas somáticos, Ansiedad-insomnio, Disfunción social y Depresión, junto con la valoración global del GHQ-28. Cada uno de ellos con 7 ítems. Junto a estos resultados también se presentan análisis de diferencia estadística ($p < ,05$) por medio de la prueba *t de student* (t), previa a la verificación del supuesto de homocedasticidad (F) que permiten la interpretación de la significancia sea asumiendo varianzas iguales ($p > ,05$) o no ($p < ,05$).

Tabla 8 Análisis comparativo por sexo de las diferencias en los niveles del GHQ-28

Factores	Masculino		Femenino		F	t; p
	Media	Desv.	Media	Desv.		
Síntomas Somáticos	2,15	2,88	1,68	2,61	14,1***	1,86; ,064
Ansiedad-Insomnio	1,95	2,82	1,42	2,48	15,1***	2,18; ,029
Disfunción social	1,61	2,72	1,14	2,28	16,9***	2,05; ,041
Depresión	1,31	2,53	0,66	1,79	40,2***	3,26; ,001
Global	7,03	10,05	4,91	8,31	21,9***	2,51; ,012

Nota: *** $p < ,001$ (494 observaciones)

Fuente: Elaboración propia

En el factor de Síntomas somáticos se encontró en los hombres valores de media $\bar{X} = 2,7$ puntos; desviación $\sigma = 4,4$ y en el de las mujeres de media $\bar{X} = 2,0$ puntos; desviación $\sigma = 3,9$. En este aspecto, no se identificó la presencia de diferencias significativas por sexo $t = 1,91$; $p > ,05$. Por lo que la conclusión muestra que los grupos son similares. En el factor de Ansiedad-Insomnio, los hallazgos muestran resultados de media $\bar{X} = 2,6$ puntos; desviación $\sigma = 4,2$ para los hombres y media $\bar{X} = 1,8$ puntos; desviación $\sigma = 3,6$ para las mujeres. Sí se establece la presencia de diferencias estadísticamente significativas por sexo con valores de $t = 2,2$; $p < ,05$ en el que los hombres presentan mayor sintomatología que las mujeres.

Con respecto al factor de Disfunción Social, se encontraron valores de media \bar{X} (hombres) = 1,6 desviación $\sigma = 2,7$ y media \bar{X} (mujeres) = 1,1; desviación $\sigma = 2,3$. En el análisis de este factor se aprecia la existencia de diferencias estadísticas por género $t = 2,09$; $p < ,05$. Los puntajes en los hombres muestran mayor intensidad que en el grupo de las mujeres. En el factor de Depresión, los resultados muestran valores de media \bar{X} (hombres) = 1,3 desviación $\sigma = 2,5$ y media \bar{X} (mujeres) = ,7; desviación $\sigma = 2,2$. Y junto con estos resultados se muestra que los hombres difieren en puntaje con respecto a las mujeres $t = 2,67$; $p < ,01$. Develándose la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

Por último, en una valoración global del GHQ-28 se encontraron puntajes de media $\bar{X} = 8,3$ puntos; desviación $\sigma = 11,6$ para los hombres y media $\bar{X} = 5,7$ puntos; desviación $\sigma = 10$ para las mujeres. El puntaje de los hombres resulta ser superior al de las mujeres con diferencias estadísticamente significativas $t = 2,61$; $p < ,01$ por lo que se concluye que la dinámica de los grupos es distinta (ver gráfico 1).

Existen varios estudios que difieren con los resultados encontrados en esta investigación ya que, señalan la depresión se manifiesta con mayor intensidad en mujeres que en varones 5, 30% frente a un 2, 60 % respectivamente, de la misma manera la ansiedad también es mayor en mujeres que en hombres con una media de 9, 25 frente a 8, 97 y estos datos están asociados a las circunstancias de la vida y factores de estrés culturales entre las que se puede nombrar: sobrecarga en el trabajo, desigualdad en el poder y status y abuso sexual o físico (Riveros *et al*, 2017). Probablemente, la discrepancia en los resultados puede deberse a que la mujer en la actualidad ha ido desarrollado ciertas capacidades para poder decidir sobre el bienestar físico y psicológico puesto que, ya no se ve sometida a ciertas reglas culturales existentes en épocas anteriores ahora, tiene el libre albedrío para ir en búsqueda de la reivindicación y empoderamiento femenino lo cual, conlleva a que incluso en ciertos aspectos tengan mayor funcionalidad que los hombres.

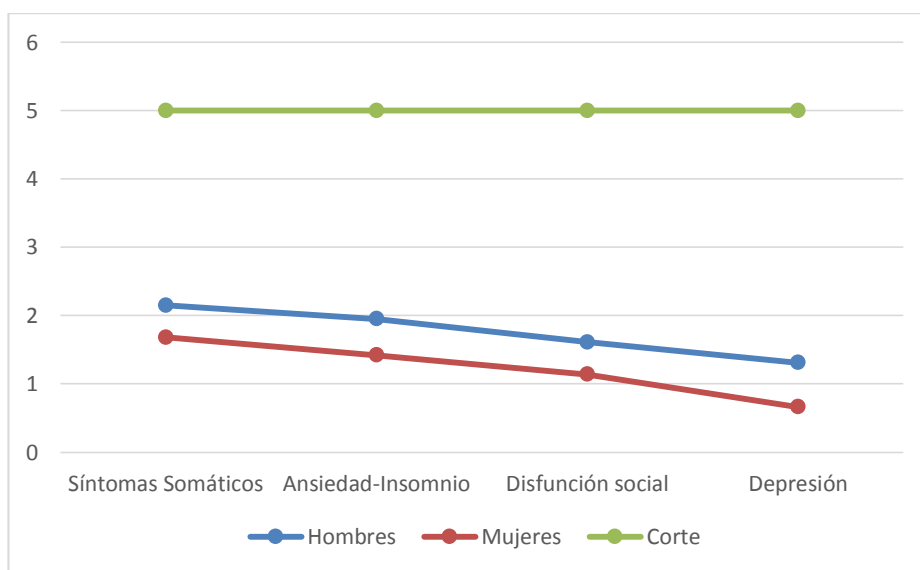


Gráfico 4 Análisis comparativo por sexo de las medias de los factores constitutivos del GHQ-28

La gráfica muestra que, en el caso de los síntomas somáticas, la ansiedad-insomnio, la disfunción social y la depresión de manera general se encuentran por debajo del punto, lo cual señala que las condiciones sintomatológicas de los participantes no cuentan con una significancia relevante, para considerar una revisión con mayor profundidad clínica en el grupo bajo análisis. Sin embargo, se debe reconocer que la sintomatología que más

prevalece es aquella relacionada con la somatización, la ansiedad y los problemas de sueño.

Si resalta de todos modos, que los puntajes de los hombres muestran mayor presencia de incidencia que en el caso de las mujeres, que incluso se presenta con diferencias significativas.

3.5 Estudio de casos y controles con respecto a los problemas de salud mental en la muestra analizada

Adjunto al análisis preliminar se analiza la prevalencia de casos significativos que requieren un proceso de evaluación específica para determinar niveles de afectación significativos en el estado de salud mental.

Para lo cual se establece un análisis categórico dicotómico entre casos y no casos en función del puntaje obtenido en la valoración global del GHQ-28. Se evalúa la frecuencia alcanzada junto a la representación porcentual obtenido en cada uno de los grupos bajo análisis. La verificación de diferencias significativas ($p < ,05$), se realizó por medio de la prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2) como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 9 Análisis de casos y control del GHQ-28 en la muestra evaluada

<i>Categoría</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Contraste</i> X^2
	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	
No caso	155	72,1%	232	82,9%	8,5; ,004
Caso	60	27,9%	48	17,1%	

Nota: ** $p < ,01$ (494 observaciones)

Fuente: Elaboración propia

El análisis de casos y controles muestra en el grupo de hombres, que un 72,1% de los mismos no cumplen los criterios para considerarse caso de análisis, mientras que en el 27,9% si se da dicha condición. En el grupo de las mujeres, la presencia de indicadores de la existencia de casos bordea el 17% mientras que el 83% restante no cumple con los mencionados criterios.

En el análisis de diferencias por grupos sobre las categorías analizadas, al igual que en el análisis categórico, existe una mayor predominancia de casos que requiere supervisión más

profunda entre los hombres que entre las mujeres con $X^2= 8,5$; $p < ,01$ con diferencias estadísticamente significativas (ver gráfico 2).

Si bien las alteraciones mentales afectan a personas de cualquier edad, raza, religión, etc existen ciertos factores psicosociales que pueden desencadenar los mismos. Los factores psicosociales pueden estar relacionados con la historia personal y particularmente con las experiencias tempranas en la vida, que hacen más vulnerables a los individuos a sufrir enfermedades mentales. En este caso, en dicha población universitaria se puede observar que existe una mayor presencia de dichos factores en hombres que en mujeres.

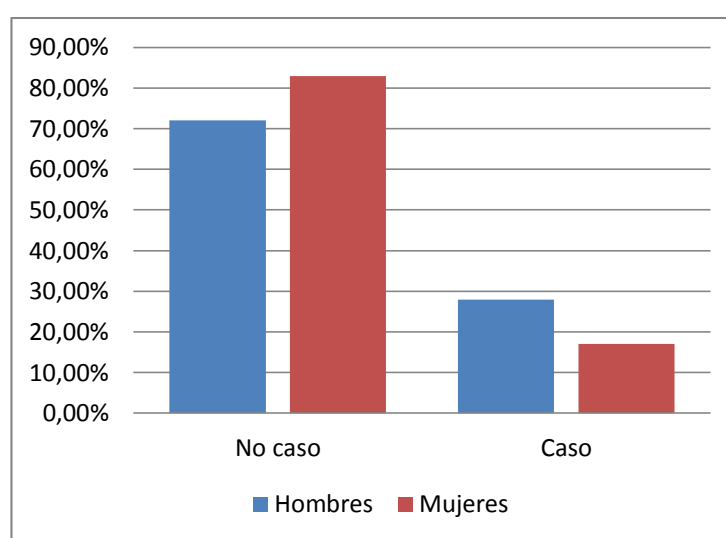


Gráfico 5 Análisis comparativo por sexo de casos y controles del GHQ-28

Como se observa en la gráfica, la presencia de casos que tras la evaluación requieren una valoración más específica fluctúa entre el 17% y 28% de los participantes analizados. Siendo en el caso de los hombres, el grupo que presenta mayor número de casos vulnerables.

3.6 Análisis comparativo por tipo de institución educativa

En este análisis se intenta comparar las diferencias o no en los factores existentes del GHQ-28, considerando a los participantes en grupos de estudiantes pertenecientes a universidades públicas y privadas, para identificar los niveles de salud o malestar mental existentes.

Para el mismo, al igual que en los análisis comparativos anteriores se compararon las medias de los participantes (\bar{X}) y el contraste por medio de la prueba de estudiante (t) para conocer si existen diferencias estadísticas ($p < ,05$) (ver tabla 2).

Tabla 10 Análisis comparativo por tipo de institución educativa de las diferencias en los niveles del GHQ-28

Factores	Público		Privado		F	t; p
	Media	Desv.	Media	Desv.		
Síntomas Somáticos	1,39	2,56	2,62	2,83	18,63***	-4,94; ,000
Ansiedad-Insomnio	1,16	2,42	2,38	2,80	34,51***	-5,02; ,000
Disfunción social	1,22	2,47	1,54	2,53	1,62	-1,41; ,159
Depresión	0,72	1,95	1,28	2,42	18,72***	-2,73; ,007
Global	4,48	8,78	7,82	9,37	7,46***	-4,04; ,000

Nota: *** $p < ,001$ (494 observaciones).

Fuente: Elaboración propia

Se encontraron diferencias significativas en el factor de síntomas somáticos con $t = -4,94$; $p < ,001$ en el que el grupo de participantes de universidades privadas media $\bar{X} = 2,62$; desviación $\sigma = 2,83$ muestran más problemas en este aspecto que los de universidades públicas media $\bar{X} = 1,39$; desviación $\sigma = 2,56$.

Así mismo, en el factor de ansiedad-insomnio se encontraron puntajes de media $\bar{X} = 1,16$; desviación $\sigma = 2,42$ en participantes de universidades privadas y media $\bar{X} = 2,38$; desviación $\sigma = 2,80$ en participantes de universidades públicas. Con diferencias significativas $t = -5,02$; $p < ,001$ en el que el segundo grupo presenta mayor insomnio y ansiedad que el primero.

En el factor de depresión se encontró que los participantes de universidades públicas media $\bar{X} = 0,72$; desviación $\sigma = 1,95$ tienen menor nivel de depresión que los estudiantes de universidades privadas media $\bar{X} = 1,28$; desviación $\sigma = 2,42$ con diferencias significativas $t = -2,73$; $p < ,01$.

Finalmente en la valoración global se evidencia la presencia de diferencias $t = -4,04$; $p < ,001$ entre universidades públicas ($\bar{X} = 4,48$; $\sigma = 8,78$) y privadas ($\bar{X} = 7,82$; $\sigma = 9,37$) en el que el segundo grupo muestra mayor dificultad a nivel de salud mental que el primero.

De este modo, los estudiantes universitarios de instituciones privadas son los más asequibles a padecer algún tipo de alteración o perturbación mental por el costo de los estudios en sí, las exigencias y las oportunidades laborales siendo según el autor razones suficientes para que la salud mental se vea quebrantada (Riveros *et al*, 2017) . Los resultados encontrados son coherentes con los estudios efectuados en otro país, en donde se pone de manifiesto que si bien los estudios universitarios son el medio para alcanzar la realización personal también influye el hecho de si es pública o privada porque desde el ingreso están presentes ciertos factores que contribuirán a hacerlos vulnerables frente a los diversos escenarios que les plantean los estudios superiores.

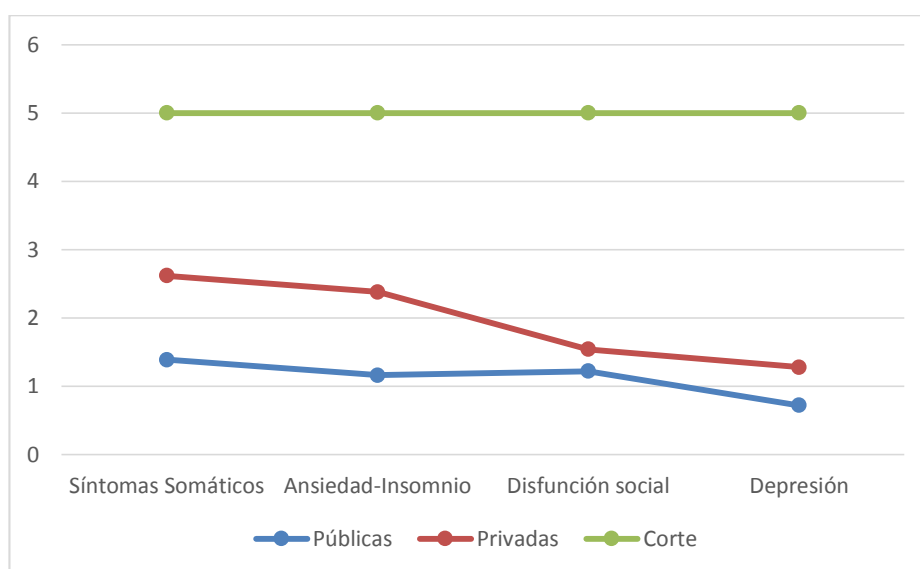


Gráfico 6 Análisis comparativo por sexo de las medias de los factores constitutivos del GHQ-28

Como se observa en la gráfica, si bien es cierto que tanto entre los participantes del grupo de universidades públicas como privadas se encuentran por debajo del punto de corte, lo cual refiere que los niveles de malestar son leves. Si destaca que diferencialmente los participantes procedentes de universidades privadas muestran una mayor carga sintomatológica que el otro grupo y que se expresa con diferencias significativas ($p < .05$) especialmente en los problemas somáticos, ansiedad-insomnio y depresión. Por lo que estos se encuentran en un mayor nivel de riesgo de cronificación de su sintomatología

3.7 Correlaciones entre aspectos socioeconómicos, académicos y de salud mental

En este análisis se pretende correlacionar variables significativas entorno a las actividades de los estudiantes universitarios para identificar la relación con las variables de bienestar individual y problemas de salud mental.

Para este análisis se usó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r), que es el que permite conocer el grado de relación que existe entre dos variables (ver tabla).

Tabla 11 Análisis correlacional

Variables	A	B	C	D	E	F	G	H
Rend. Académico	1							
Sit. Económica	,324**	1						
MHC-SF	,262**	,266**	1					
Síntomas Somáticos	-,273**	-,238**	-,703**	1				
Ansiedad-Insomnio	-,276**	-,221**	-,728**	,900**	1			
Disfunción social	-,319**	-,284**	-,587**	,812**	,800**	1		
Depresión	-,277**	-,201**	-,507**	,632**	,656**	,815**	1	
Global	-,314**	-,260**	-,700**	,929**	,931**	,939**	,837**	1

Nota: ** $p < ,01$ (494 observaciones)

Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar en el análisis correlacionar que el rendimiento académico incide positivamente en los aspectos de situación económica con $r = ,324$; $p < ,01$; bienestar del individuo (MCH-SF) con $r = ,262$; $p < ,01$ y negativamente con los problemas de salud mental (GHQ-28) con $r = -,314$; $p < ,01$.

De la misma manera la situación económica se relaciona baja y positivamente con el bienestar del individuo con $r = -,266$; $p < ,01$ y negativamente con los problemas de salud mental con $r = -,260$; $p < ,01$

Finalmente el nivel de bienestar individual se relaciona de manera moderada y negativa con los problemas de salud con $r = -,700$ $p < ,01$. Es decir, que en medida de la percepción de bienestar aumenta, la percepción de malestar y sintomatología psicológica disminuye de manera significativa. Los hallazgos encontrados en el estudio concuerdan con estudios similares que manifiestan esta propiedad de asociación entre variables

Así, el desempeño académico se vincula a factores tales como los intereses personales, los recursos didácticos que se utilicen, la alimentación que se lleva y el nivel educativo de los padres, siendo los factores personales y sociales las principales variables que influyen en el rendimiento académico (Silva., & De la Cruz 2007). Por lo que, el rendimiento académico está vinculado en un mayor porcentaje al nivel de aprendizaje y si se alcanzaron los objetivos de acuerdo al plan de estudios establecidos y en menor proporción en los aspectos psico – emocionales que presenten los estudiantes.

Finalmente en un estudio realizado por Torres y Ortiz (2008), al analizar la correlación general entre la situación económica y bienestar psicológico se corrobora que no se encontró asociación entre ambas variables. Esto puede deberse probablemente a que la situación económica es un aspecto que no es visto como un problema para la mayoría de jóvenes universitarios ya que, si son provienen de una familia de un estatus económico bajo, buscan la manera de ganar el sustento y de este modo, en la investigación se pudo detectar que la mayoría de jóvenes provenientes de universidades públicas estudian y trabajan para alcanzar el título profesional sin convertirse en un malestar que afecte el bienestar psicológico.

3.8 Distribución de casos en problemas de salud mental por grupos de edad y nivel académico

Como se observa en la distribución de casos en función de la edad en el gráfico 4, la presentación de casos con niveles de riesgo en salud mental se presentan en mayores niveles en aquellos participantes que se encuentran con 26 y 28 años en el que las prevalencias alcanzadas están en el 40% y el 100% respectivamente de los casos.

Se puede apreciar que en las edades bajas anteriores a los 20 años la prevalencia es igualmente baja y conforme aumentan las edades el número de casos también los hace. Estos años corresponden a los años intermedios de formación académica y ya con las edades más altas los casos se despuntan. Aunque no se evidenció la presencia de una relación entre edad y problemas de salud, los grupos dan señales de que el incremento de edad tiene un impacto en el incremento de síntomas y condiciones psicológicas alteradas.

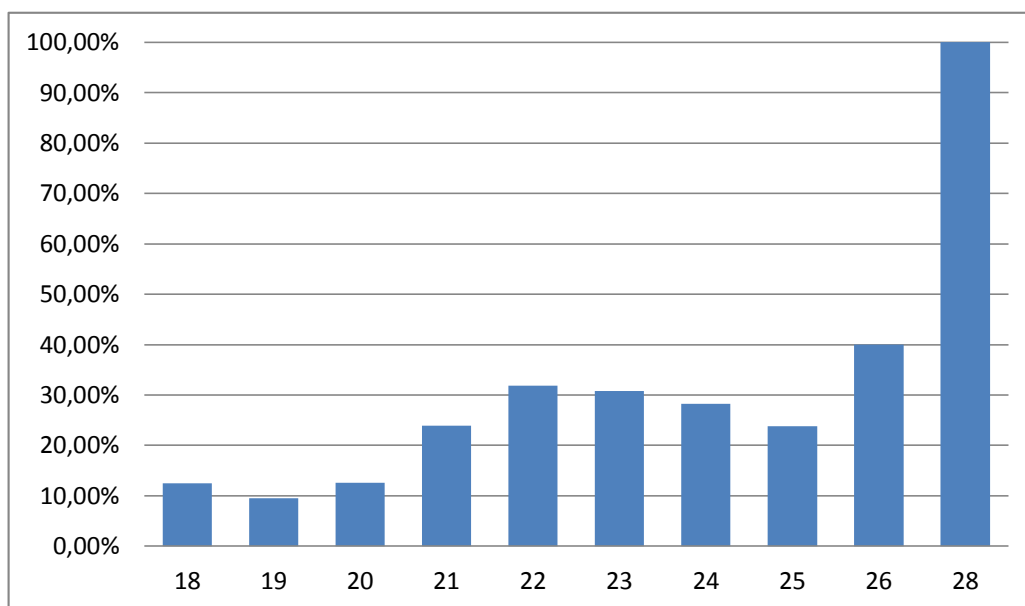


Gráfico 7 Distribución de casos con problemas de salud mental en función de los años

En el caso de la distribución de casos por el nivel académico que se encuentran cursando, es en el octavo año en el que se puede observar el mayor nivel de casos con cerca del 80% de los participantes. A diferencia del análisis anterior en este se observa que la tendencia general de casos es equilibrada y fluctúa entre el 14% y el 30% aproximadamente.

CONCLUSIONES

En base al desarrollo del presente estudio, con los resultados tabulados y el respectivo análisis de los mismos se concluye que:

- En el análisis comparativo por instituciones se muestra que los participantes de instituciones públicas presentan altos niveles de salud y bienestar a diferencia del grupo de instituciones privadas en el que el Bienestar Social se encuentra ligeramente por debajo del punto de corte, lo cual quiere decir que en estudiantes de instituciones públicas se evidencia un mejor control de las presiones existentes en el entorno.
- En lo que respecta a la prevalencia de casos significativos que indican problemas significativos relacionados con bajos niveles de salud mental entre los participantes del estudio, se divide que el caso de los hombres un 27,9% presenta bajos niveles de salud mental con lo cual se consideran casos significativos que requerirán evaluaciones de mayor profundidad; mientras que en el caso de las mujeres las condiciones de caso tienen una prevalencia del 24,3%, existiendo mayor índice de dificultades que requieran atención clínica en los hombres si bien no se habla de trastornos como tal pero si son casos que requieren una evaluación más minuciosa.
- En el análisis descriptivo y comparativo por género en el cual se busca conocer desde una perspectiva descriptiva el comportamiento actual que tienen los participantes analizados con respecto a la evaluación del estado mental, se encuentra que, en el caso de los síntomas somáticas, la ansiedad-insomnio, la disfunción social y la depresión de manera general se encuentran por debajo del punto de corte lo que significa que no existen casos que requieran una evaluación profunda dentro del grupo.
- En el análisis comparativo por tipo de institución educativa se destaca que diferencialmente los participantes procedentes de universidades privadas muestran una mayor carga sintomatológica que el otro grupo probablemente esto sea debido a la falta de estilos de afrontamiento para poder manejar y controlar los diferentes factores estresores de la universidad como la falta de recursos económicos, el bajo

rendimiento académico, la falta de motivación por parte de los profesores u otro tipo de factores que conllevan a un desajuste emocional.

- En el análisis de correlación de variables significativas entorno a las actividades de los estudiantes universitarios se puede comprobar que el rendimiento académico incide positivamente en los aspectos de situación económica, bienestar del individuo y negativamente con los problemas de salud mental. De la misma manera la situación económica se relaciona baja y positivamente con el bienestar del individuo con y negativamente con los problemas de salud mental. Finalmente el nivel de bienestar individual se relaciona de manera moderada y negativa con los problemas de salud esto parece explicar que en medida de que la idea de bienestar se eleva, la percepción de malestar y sintomatología psicológica reduce de manera significativa.

RECOMENDACIONES

- Es importante analizar otros factores como la ausencia de un Psicólogo en las universidades y por ende la falta de estrategias que permitan solventar las presiones propias de los estudiantes universitarios y de esta manera ampliar el conocimiento sobre dicho fenómeno y garantizar una mejor calidad de vida sin dejar de lado la parte humana que tanta falta hace sobre todo cuando una persona se enfrenta a un periodo de transición lo cual implica salir de lugar de confort para adaptarse a la su nueva realidad.
- Sería importante considerar los mismos factores en estudiantes de secundaria y poder conocer los niveles actuales de salud mental en los mismos y así poder establecer diferencias con el resto de la población la cual en la mayoría de instituciones si cuentan con un profesional que se preocupa por el bienestar de los jóvenes.
- Se propone implantar programas de apoyo académico para corregir debilidades académicas a tiempo, además programas de apoyo económico y social que cuenten

con mayores alternativas de financiamiento, así como también programa de integración – motivación para así evitar el alto índice de deserción académico por algún tipo de dificultad de origen emocional.

- De igual manera, se sugiere sobre el nivel de salud mental de los estudiantes universitarios que poseen padres con algún tipo de enfermedad catastrófica, con el objetivo no solo de conocer la realidad de esta población y la influencia de esta sobre su vida, sino también la elaboración de planes de intervención que contribuyan a una existencia más saludable y satisfactoria, en caso de que lo amerite.
- Debido a la carencia de investigaciones ligadas a la salud mental se sugiere abordar dicha temática con la finalidad de comparar resultados que permitan crear programas de intervención psicológica dirigida a los estudiantes bajo condiciones de atención clínica con la finalidad de evitar futuros trastornos o problemas psicológicos más severos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una función Integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), pp. 161-164.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. (5º. ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Arias, F. (1999). *El proyecto de investigación. Guía para su elaboración*. (3era Edición). Caracas: Editorial Episteme.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Barrios, I y Torales. (2017). Salud mental y calidad de vida autopercebida en estudiantes de medicina de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*, 20(1), 5-10.
- Bastian, B., Kuppens, P., De Roover, K., & Diener, E. (2014). Is valuing positive emotion associated with life satisfaction? *Emotion*, 14(4), pp. 639-645. Doi: 10.1037/a0036466.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, pp. 561-580.
- Casanova, Fernando. (2002). *Formación profesional, productividad y trabajo decente*. Montevideo: Boletín nº153 Cinterfor.
- Ccollana-Salazar, Y. (2017). Rotación del personal, absentismo laboral y productividad de los trabajadores. *San Martín Emprendedor*, 6(2), 40-49.
- Cohen, S. & Janicki-Deverts, D. (2012): Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of applied social psychology*, 42, pp. 1320-1334.
- Cohen, S. & Lichtenstein, E. (1990). Perceived Stress, Quitting Smoking, and Smoking Relapse. *Health Psychology*, 9(4), pp. 466-478.
- Díaz, D., Blanco, A., & Durán, M. (2011). La estructura del bienestar: El encuentro empírico de tres tradiciones. *Revista de Psicología Social*, 26(3), pp. 357-372.

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., & Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31, pp. 492-502.
- Fernández, E & García, J. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6 (1), pp. 117 – 119.
- Galán, A., Pérez San Gregorio, M.A., & Blanco, A. (2000). Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Implicaciones conceptuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 179-190.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (1), pp.88 – 90.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Torrecillas, F., & Sánchez-Barrera, M. B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del “Cuestionario de Salud General de Goldberg-28”. *Revista de Psicología de la Salud*, 14(1), 49-71.
- Gosling, P. et al. (1996). *Psychologie sociale: Approches du sujet social et des relations interpersonnelles* (tomo 2), p. 20. Editorial Bréal.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGrawHill.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta Edición). México: McGRAW-HILL.
- IBM Corp. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing of flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 1, 207-222.

- Keyes, C. (2005). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assesment. *Adolescent and Family Health*, 4(1) 3-11.
- Keyes, C. (2009). *Brief description of the Mental Health Continuum– Short Form (MHC-SF)*.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, pp. 121-140.
- Liberalesso, A. (2002). "Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina", *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), pp. 55-74.
- Lobo, A., Echeverría, M & Artal, J. (1986). Validity of the escaled versión of the General Health Questionnaire (GHQ - 28) in Spain population. *Psychological medicine*, 16, pp.135 -140
- López, P. & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. (1era Edición). Barcelona, España: Creative Commons.
- Machado, W., & Bandeira, D. (2015). Escala de Saúde Mental Positiva: Validação da Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274. doi: 10.1590/1413-82712015200207
- Manterola, C. & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645. doi 10.4067/S0717-95022014000200042
- Marmot, M. (2012): Why should the rich care about the health of the poor? *Canadian Medical American Journal*, 184(11), pp. 1231-1232.
- Martínez-González, J. M., Munera-Ramos, P., & Becoña-Iglesias, E. (2013). Drogodependientes vs. Usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. *Anales de psicología*, 29(1), pp. 48-54.
- Martínez, D., Muñoz, J., & Navarro-Pardo, E. (2018). Spanish versión of the Short Depression-Happiness Scale (SDHS): A Reliability and Validity study in a simple

of Spanish Elderly People [Adaptación española de la escala breve de depresión-felicidad: un estudio de validación y fiabilidad en una muestra de personas mayores]. *Acción Psicológica*, 15(1), 17-24. doi:10.5944/ap.15.1.21196

- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población Chilena de la Región del Maule. *Revista Universum*, 22(2), pp. 177-193.
- Moyano Díaz, E., Castillo Guevara, R., & Lizana Lizana, J. (2008). Trabajo informal: motivos, bienestar subjetivo, salud, y felicidad en vendedores ambulantes. *Psicología en estudio*, 13(4).
- Moreta, R., Gaibor, I., & Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud & Sociedad*, 8(2), 172-184.
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Gordón-Villalba, P., Ortíz-Ochoa, W., & Gaibor-González, I. (2018). Satisfaction with Life, Psychological and Social Well-being as Predictors of Mental Health in Ecuadorians. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 112-126.
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Ramos-Ramírez, M., & López-Castro, J. Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) en universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 35-42.
- Ordorika, Imanol. (2015). Equidad de género en la Educación Superior. *Revista de la educación superior*, 44(174), 7-17.
- Oramas Viera, A., Santana López, S. & Vergara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y trabajo* 7(1-2), pp. 34 -9.
- Padilla, L., Rojo, A., Hernández, J., & Contreras, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*, 14, 31-37.

- Padrós, F., & Soriano, C. (2012). Afecto Positivo o Negativo: Una Dimensión Bipolar o Dos Dimensiones Unipolares Independientes. *Interdisciplinaria*, 29(1), pp. 151-164.
- Palomera, P. R., Vaca, S. L., García, M. A. J., Sánchez, R. R., & Espinosa, J. (2015). Análisis de variables psicológicas asociadas a la salud y productividad en la universidad. *Alternativas*, 16(1), pp. 46-54.
- Pastorino, M., López, J., & Urzúa, R. (2017). *Salud mental con perspectiva de género*. *Revista Salud Pública*, 59 (6), pp. 3-6. Doi: 10.21149/8508
- Peña Contreras, E., Lima Castro, S., Bueno Pacheco, G., Aguilar Sizer, M., Keyes, C., & Arias Medina, W. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232.
- Pulido, M. (2015). Ceremonial y Protocolo: métodos y técnicas de investigación científica. *Revista Serbiluz*, 16 (2), pp. 13.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2017). Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 10 (1), pp. 2 – 12.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.
- Román, J.J. (1997). *Taller Pre-Simposio Internacional de Salud y Trabajo Cuba' 97*. La Habana: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores.
- Rondón, Marta B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(4), pp. 237-238.
- Salinas, P. & Cárdenas, M. (2009). *Métodos de investigación social* (Segunda Edición). Quito, Ecuador: Editorial «Quipus», CIESPAL.
- Sandín, B. (1995). *El estrés*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología, Vol. 2 (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandoval, S., Dorner, A y Véliz, A. (2017). Bienestar psicológico en Estudiantes de carreras de la salud. . *Revista Científica de Investigación Médica*, 24 (6), 7-10.

- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología* (7ma ed.). México: McGrawhill.
- Sepúlveda, S., López, M., Contreras, J., Cabrera, E., & Muñoz, E. (2011). Diferencias de género en el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 7, 14 – 17.
- Sierra, R. (2007). Tesis doctorales y trabajos de investigación científica (5ta ed.). España: Thomson
- Silva, L. (2015). *Análisis Comparativo de las Distorsiones Cognitivas sobre la Percepción De La Imagen Corporal En Adolescentes De La Unidad Educativa Mayor Ambato*”. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Escuela de Psicología, Ecuador.
- Silva., & De la Cruz. (2007). Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de producción académica y gestión educativa*, 39 (16), 6 – 26.
- Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annual New York Academy of Sciences*, 1141, pp. 105-1130.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Isabel, C. (2007). Revisión de Diseños de Investigación resaltantes para Enfermería. *Revista Latinoamericana*, 15(3), pp. 1-6.
- Spilker B. & Revicki, D.A. (1996). Taxonomy of quality of life. En: Spilker B. (editor). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2.a ed. Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers, p. 25-36.
- Torres., & Martínez. (2008). Situación Económica y Bienestar Psicológico. *Revista de Política y Salud*, 36 (12), 3 -11.
- Ursúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión Teórica del Concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), pp. 61-71.

- Valle, R., Beramendi, M., & Delfino, G. (2011). Bienestar Psicológico y social en jóvenes universitarios. *Revista de Psicología*, 7 (13), pp. 6 – 16.
- Vera-Villaruel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1275-1283. doi: 10.4067/S0034-98872014001000007.
- Verdugo, M.A. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25, pp. 68-77.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Salvany, A & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2).
- Vinaccia, S., Fernández, H., Quinceno, J., López, M., & Otalvaro, C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional, en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Universidad de San Buenaventura, Medellín Colombia. *Terapia Psicológica*, 26(1), pp. 125-132.
- World Health Organization (WHO). (1946). *The constitution of the World Health Organization*. WHO Chronicle.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa N° 220).
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoción de salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Invertir en Salud mental*. Ginebra: World Organization Health.
- World Health Organization (WHO). (2014): Global status report on alcohol and health. Individual Country Profiles.
- Yasuko, B., Romano, S., & Garcia, N. (2005). Indicadores Objetivos y Subjetivos de la Calidad de Vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), pp. 93-102.

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de presentación encuesta



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE DESARROLLO: EL ESTADO ACTUAL DE LOS NIVELES DE SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN COTOPAXI Y TUNGURAHUA

Objetivos:

- Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con la salud mental en estudiantes universitarios.
- Diagnosticar las condiciones actuales de los niveles de salud mental en la muestra previamente establecida.
- Realizar un análisis de prevalencia sobre los niveles de salud mental y de los problemas relacionados.
- Establecer un informe descriptivo del comportamiento de la salud mental en la muestra establecida.

Anexo 3: Ficha Sociodemográfica

Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un "X" en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad: _____ **2. Sexo:** Masculino ___ Femenino ___
3. Ciudad de Procedencia: _____ **4. Ciudad Domicilio Actual:** _____

5. Sector del domicilio: Urbano ___ Rural ___

6. Identificación Étnica:

Mestizo(a) ___ Indígena ___ Afro ___ Blanco(a) ___

7. Estado Civil:

Soltero/a ___ Unión Libre ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

8. Identificación Religiosa:

Católico(a) ___ Cristiano(a)/Evangélico(a) ___ Testigo de Jehová ___ Mormón ___ Creyente
 identificación religiosa ___ Ateo ___ Otra identificación ___ ¿Cuál? _____

9. Con quién vive actualmente:

Solo ___ Con mis padres ___ Otro ___ ¿Cuál? _____

10. Horas de sueño en la noche: _____ **11. Veces al día en que come:** _____

12. ¿Usted presenta actualmente algún cuadro psicológico diagnosticado?

Si ¿cuál? _____ No _____

ESCOLARIDAD

13. Rendimiento Académico:

Sobresaliente ___ Muy Bueno ___ Bueno ___ Regular ___ Deficiente ___

14. Repite nivel Si _____ No _____

15. Arrastra alguna materia Si _____ No _____

ECONOMÍA Y TRABAJO

16. Situación socio-económica familiar:

Mala ___ Regular ___ Buena ___ Muy buena ___

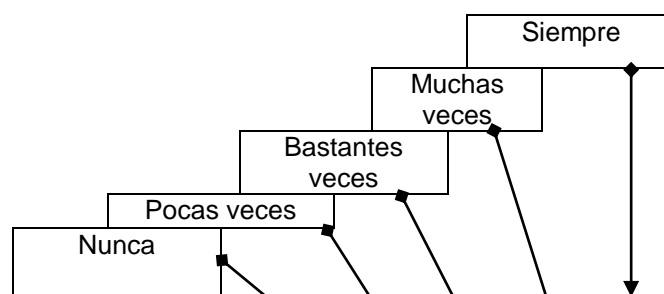
17. Situación académica y laboral del estudiante:

Estudio y no trabajo ___		
Estudio y trabajo ___	¿Cuántos días trabaja por semana?	_____
	¿Cuántas horas trabaja por día?	_____

Anexo 4: Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente cada una de ellas y según como se ha sentido usted durante el último mes. Encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta



#	Cuestionario	1	2	3	4	5
1	Me he sentido alegre	1	2	3	4	5
2	Me he sentido interesado en la vida	1	2	3	4	5
3	Me he sentido satisfecho con la vida	1	2	3	4	5
4	He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad	1	2	3	4	5
5	He sentido que pertenezco a una comunidad (a un grupo social como la escuela o el vecindario, etc.)	1	2	3	4	5
6	He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas.	1	2	3	4	5
7	He sentido que las personas son buenas	1	2	3	4	5
8	He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí	1	2	3	4	5
9	He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad.	1	2	3	4	5
10	He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria	1	2	3	4	5
11	He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza	1	2	3	4	5
12	Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona	1	2	3	4	5
13	Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones	1	2	3	4	5
14	He sentido que mi vida tiene propósito y sentido	1	2	3	4	5

Anexo 5: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Instrucciones: Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas.

<p>A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p>() Mejor que lo habitual () Igual que lo habitual () Peor que lo habitual () Mucho peor que lo habitual</p>	<p>B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituirse?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>

<p>C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p>() Más activo que lo habitual () Igual que lo habitual () Bastante menos que lo habitual () Mucho menos que lo habitual</p>	<p>D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p>() Menos tiempo que lo habitual () Igual que lo habitual () Más tiempo que lo habitual () Mucho más tiempo que lo habitual</p>	<p>D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p>() Mejor que lo habitual () Igual que lo habitual () Peor que lo habitual () Mucho peor que lo habitual</p>	<p>D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p>() Más satisfecho que lo habitual () Igual que lo habitual () Menos satisfecho que lo habitual () Mucho menos satisfecho que lo habitual</p>	<p>D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?</p> <p>() Más útil de lo habitual () Igual de útil que lo habitual () Menos útil de lo habitual () Mucho menos útil de lo habitual</p>	<p>D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p>() Más que lo habitual () Igual que lo habitual () Menos que lo habitual () Mucho menos que lo habitual</p>	<p>D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p>() No, en absoluto () No más que lo habitual () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual</p>
<p>C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</p> <p>() Más que lo habitual () Igual que lo habitual () Menos que lo habitual () Mucho menos que lo habitual</p>	<p>D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p>() Claramente, no () Me parece que no () Se me ha cruzado por la mente () Claramente, lo he pensado</p>