ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

EL ESTADO DE SALUD MENTAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA EN LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AMBATO.

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

Línea de Investigación:

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

Autora:

CRISTINA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO

Director:

PSC. CATHERINE NATALY SHUGULI ZAMBRANO, MG.

Ambato – Ecuador

Noviembre 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

EL ESTADO DE SALUD MENTAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA EN LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AMBATO.

Línea de Investigación:

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

Autora:

CRISTINA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Psc. Mg. f._____
CALIFICADOR

Dayamy Lima Rojas, Mg. f._____
CALIFICADOR

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Psc. f._____
CALIFICADORA

María Isabel Ramos Noboa, Mg. f._____
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f._____
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Noviembre 2019

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **CRISTINA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO,** con CC. **180493906-2**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"EL ESTADO DE SALUD MENTAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA EN LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AMBATO."** previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA.**

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 SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del 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 la Universidad

Ambato, Noviembre 2019.

CRISTINA ELIZABETH LÓPEZ PROAÑO

CI. 180493906-2

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi ser de luz que guió siempre cada uno de mis pasos y me dio la sabiduría y fuerza necesaria para seguir adelante en mi carrera universitaria. Agradezco principalmente a mi madre Blanca Proaño, por su esfuerzo y amor infinito que me demostró a lo largo de mi vida universitaria y me demuestra día a día. A mis hermanos Luis, Diego y Henry por su apoyo y amor incondicional que me brindan, por enseñarme que con dedicación y esfuerzo todo es posible. A mi tutora de tesis Psc. Catherine Shuguly, por su apoyo incondicional y por haber compartido conmigo todos sus conocimientos. Al Hospital IESS de la ciudad de Ambato por permitirme aplicar mis test para la realización de mi tesis, en especial al Doctor Oscar Robalino. A mis profesores por compartir todos sus conocimientos conmigo. Y finalmente a la persona que estuvo conmigo durante 8 años con la cual compartí momentos únicos de mucha felicidad y ha sido mi apoyo en momentos difíciles, Erik Proaño.

DEDICATORIA

La dedico principalmente a mi madre por su amor infinito e incondicional, por apoyarme en cada una de mis decisiones, por su esfuerzo y trabajo que me ayudaron a culminar con mis estudios y alcanzar una meta más en mi vida. Gracias a ella soy quien soy. A mi padre que está en el cielo y que desde allí siempre me ha cuidado. A mis hermanos quienes siempre han estado junto a mí desde que nací me han cuidado y me han dado todo su cariño. A mis sobrinos por darme todo su amor y ser quienes alegran mis días. Y finalmente a mi sobrino Gabriel, que está en el cielo.

RESUMEN

El objetivo del presente proyecto de investigación es determinar el estado actual de salud mental en pacientes internados en el área de traumatología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, los factores que se van a evaluar son el bienestar emocional, bienestar social y bienestar psicológico. El estudio es descriptivo, exploratorio con un diseño no experimental de corte transversal. Se utilizó la Escala de Continuum de Salud Mental versión corta. La escala fue aplicada a 70 participantes de traumatología el 70% hombres (n=49) y el 30% mujeres (n= 21), entre 21 a 88 años (M= 50,26; Ds= 17,75). Se obtuvo una alta consistencia interna (α= ,876). Los resultados obtenidos en el análisis estadístico a nivel global fueron una tendencia hacia los niveles altos de salud mental positiva, se obtuvo una puntuación del 47,14% en el nivel alto (n=33) y 52,86% en el nivel medio (n=37). Por otra parte, no existen personas dentro del estudio que tengan un nivel de salud mental bajo. Los resultados obtenidos en las tres dimensiones de bienestar fueron altos, es necesario mencionar que bienestar psicológico alcanzó una puntuación superior. Por otra parte, al comparar los niveles y las dimensiones de salud mental con el género los hombres presentan altos niveles de salud mental; mientras que las mujeres presentan un nivel medio de salud mental. A su vez no se observaron diferencias estadísticas significativas al comparar los niveles de salud mental con el tipo de lesión. En conclusión, se establece que existe un alto nivel de salud mental y un elevado bienestar psicológico, emocional y social, debido a que los resultados puntuaron por encima del punto de corte.

Palabras clave: *salud mental, bienestar social, bienestar psicológico.*

ABSTRACT

The aim of this research project is to determine the current state of mental health in patients at the trauma ward of the IESS Hospital in the city of Ambato. The emotional, social and psychological welfare factors were assessed. The study is descriptive and exploratory with a non-experimental and cross-sectional design. The Continuum Scale of Mental Health was used in its short version. The scale was applied to 70 participants of traumatology of which 70% are men (n=49) and 30% are women (n= 21) between 21 and 88 years (M= 50. 26; Ds= 17. 75). High internal consistency was obtained (α=.876). The results obtained in the statistical analysis at the global level were a trend towards high positive mental health levels; a score of 47.14% was obtained at the high level (n=33) and 52.86% at the middle level (n=37). There were no people found in the study who have a low level of mental health. The results obtained in the three dimensions of welfare were high. It is necessary to mention that psychological well-being reached a higher score. In contrast, when comparing the levels and dimensions of mental health with gender, men have high levels of mental health while women have an average level of mental health. In turn, no significant statistical differences were observed when comparing mental health levels with the type of injury. In conclusion, it is established that there is a high level of mental health and a high level of psychological, emotional and social well-being because the results scored above the cut-off point.

Keywords: *mental health, social welfare, psychological welfare*.

ÍNDICE

CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD iii
AGRADECIMIENTO iv
DEDICATORIA v
RESUMEN vi
ABSTRACT vii
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 6
1.1. Origen y evolución de la Salud 6
1.2. Modelos o teorías psicológicas 13
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO 19
2.1Tipo, alcance y diseño de la investigación 19
2.2Técnicas e Instrumentos 20
2.3Población y características sociodemográficas 23
2.4Procedimiento Metodológico 31
CAPÍTULO III: RESULTADOS 32
3.1 Análisis descriptivo del estado de salud mental 32
Niveles y dimensiones de la salud mental positiva en función con el género. 36
CONCLUSIONES 47
ANEXO 1 54
ANEXO 2 55
ANEXO 3 57

INTRODUCCIÓN

Antecedentes teóricos y prácticos

La presente investigación se realizó para determinar el estado de salud mental actual en una muestra de pacientes internados en el área de traumatología. Entre los antecedentes teóricos y prácticos sobre el tema en cuestión se ha encontrado que en la actualidad existen trabajos enfocados en el estado de salud mental, que demuestran que el presente trabajo de investigación es un tema contemporáneo y relevante. Las investigaciones que se describen a continuación están desarrolladas en el plano local e internacional y toman en consideración poblaciones que van desde estudiantes hasta personal de instituciones de salud.

A nivel internacional en Miami, Florida se realizó un estudio por Camargo, Castañeda y Castillo, (2018) en un grupo de 52 participantes adultos en etapa de tratamiento diagnosticados con cáncer, el objetivo fue describir y correlacionar la salud mental con el sentido de vida, se utilizó la Escala Dimensional de Sentido de Vida y el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Dentro de los resultados no se halló una correlación significativa entre la salud mental y el sentido de vida, por lo que los autores concluyeron que para próximos estudios se incluyen herramientas más específicas de salud mental.

Por otra parte, en México se realizó una investigación por Toribio, González, Oudhof, Barneveld y Gil (2018) en 533 estudiantes de la ciudad de Toluca, México; la muestra estaba comprendida por 44,4% hombres y 55,6% mujeres comprendidas entre las edades de 14 y 20 años, el objetivo de la investigación fue conocer las diferencias de la salud mental positiva en relación al género. Para lo cual se aplicó la escala de salud mental positiva (Luch, 1999). Los resultados obtenidos en la investigación fueron el 38,3% presento un nivel alto y el 16,1% un nivel muy alto, además se obtuvieron diferencias significativas en 4 de las 6 dimensiones. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en satisfacción personal, actitud positiva y habilidad de relaciones interpersonales; mientras que los hombres puntuaron más alto en autocontrol.

Así mismo, en Colombia se realizó un estudio por Rincón, Rocha, López y Martínez (2018) en 239 personas diagnosticadas con lesiones de manguito rotador mayores de 18 años, atendidos en instituciones prestadoras de salud, su investigación se relacionó con la autopercepción de la discapacidad respecto a la calidad de vida relacionada con la salud mental. Los resultados obtenidos en el estudio se describen a continuación el 72% (n=173) reportaron mala calidad de vida relacionada con la salud física; mientras que el 60% (n=144) estaba relacionada con el estado de salud mental. Los elementos asociados con la mala calidad de vida y relacionada con el estado de salud mental fueron: la escolaridad y la discapacidad de hombro por dolor y limitación física. Mientras mayor percepción de discapacidad del hombro, existía una tendencia a una mala percepción del estado de salud.

Se elaboró un estudio por Guil et al. (2016) en Cádiz a 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se hallaban recibiendo terapia adyuvante, en el área de oncología del Hospital General de Jerez y del Hospital Universitario Puerta del Mar, el objetivo fue conocer la relación entre bienestar psicológico percibido, el optimismo y la resiliencia. La herramienta que se utilizó fue la Escala de Bienestar Psicológico Percibido de Ryff, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Life Orientation Test Revised de Scheier, Carver y Bridges. Los resultados arrojan que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama muestran niveles altos de bienestar psicológico, optimismo y resiliencia.

A nivel local en Cuenca, Ecuador se realizó un estudio por Peña et al. (2017) en 100 personas se lo realizó como piloto y otro de 550 participantes provenientes de la ciudad de Cuenca, tuvo como objetivo evaluar la estructura factorial, la fiabilidad y validez del Contínuum de Salud Mental de Keyes (2009) en el entorno ecuatoriano. El instrumento tiene adecuados niveles de ajuste y una alta consistencia interna (α= .91). Además, de un ajuste general apropiado para las tres sub escalas que se describen a continuación: bienestar emocional, bienestar social y bienestar psicológico. De modo que, la escala de Contínuum de Salud Mental adaptada al español es un instrumento apropiado para evaluarla salud mental en el ámbito ecuatoriano.

Así mismo en Quito, Ecuador se realizó un estudio por Altamirano, Torres, Salas y Vélez (2017) en una muestra de 237 pacientes con dolor neuropático, el objetivo de la investigación fue comprobar si la salud mental determina la calidad de vida. Los instrumentos que se utilizaron fueron la escala PPS para evaluar la funcionalidad física, mientras que para evaluar la ansiedad y depresión se usó la escala HADS. La herramienta que se utilizo fue SF-36 para obtener los factores de correlación con la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados fueron puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud de 39,3 ± 9,1 (a nivel físico) y 45,5 ± 13,8 (a nivel mental). Por otra parte, la ansiedad y depresión obtuvieron una correlación alta con el factor mental (r = –0,641 y r = –0,741 respectivamente). Se concluyó que la fuerte influencia del factor mental en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con dolor neuropático oncológico.

Situación problémica y planteamiento del problema

En la investigación se observan situaciones problemáticas en los pacientes que se encuentran internados en el área de traumatología en los Hospitales de la ciudad de Ambato, se manifiesta de manera no sistematizada cambios emocionales y conductuales, que indica la presencia de un deterioro en la salud mental, debido al proceso de hospitalización. La sintomatología que presentan son procesos de angustia y preocupación debido a la disminución en su rendimiento personal, social, laboral y familiar. De igual forma, los pacientes del área de traumatología presentan alteraciones a nivel físico como dolores de cabeza, mareos, pérdida del apetito insomnio; entre otros.

Por otro lado, debido a que los pacientes del área de traumatología se encuentran hospitalizados muestran un declive primero en su bienestar subjetivo, el cual es un indicador de la apreciación que las personas tienen en relación a su satisfacción con la vida, la felicidad y autoaceptación. En segundo lugar, en su bienestar psicológico donde se encuentran envueltas las dimensiones sociales y psicológicas. Estos dos componentes muestran el funcionamiento positivo del individuo. Houtman y Kompier (1995) manifiestan que la salud mental radica en “un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos o negativos” (p.73). Como se ve, la

salud mental es el poder adaptarse a algún cambio, que genera conflictos en el individuo.

Además, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2001) la salud mental hace referencia "a un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, afronta las presiones normales de la vida, trabaja efectiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (p.1). Es decir, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo en su contexto. En el contexto nacional existen algunas investigaciones sobre la salud mental pero no específicamente en el área de traumatología, no obstante, se han encontrado sobre factores como los síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

Lo que se pretende realizar en esta investigación es dar una visión general de tipo aproximativa con respecto a la realidad de la salud mental, basada en tres factores el bienestar psicológico, bienestar emocional y bienestar social en pacientes internos en el área de traumatología en los Hospitales de la ciudad de Ambato. Además, que nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y ahondar en el comportamiento humano. Se estima como pregunta de estudio ¿cuál es el estado de salud mental en los pacientes internados en el área de traumatología? Para lo cual se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos

El objetivo general de la presente investigación es determinar el estado actual de salud mental bajo tres factores el bienestar psicológico, emocional y social en pacientes internados en el área de traumatología en los hospitales de la ciudad de Ambato.

Para lograr el objetivo antes mencionado se establecieron cuatro objetivos específicos:

- Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con la salud mental en pacientes internados en el área de traumatología.

- Evaluar las condiciones actuales sobre los aspectos relacionados con la salud mental en la muestra previamente establecida.
- Identificar los niveles de salud mental y bienestar psicológico, emocional y social en la muestra previamente establecida.
- Comparar los resultados en función, de aspectos sociodemográficos: género, edad, ocupación y tipo de lesión en pacientes internados en el área de traumatología.

Para la obtención de los objetivos se parte de una metodología de estudio descriptivo exploratorio de corte transversal. La población de interés comprende a los pacientes que se encuentran internados en los hospitales de la ciudad de Ambato y cuya edad promedio oscila entre los 20 a 89 años. Lo que se pretende realizar en esta investigación es dar una visión general de tipo aproximativa con respecto a la realidad de la salud mental basada en tres factores el bienestar psicológico, emocional y social en pacientes internos en el área de traumatología.

Justificación

La justificación para la investigación actual parte de las observaciones realizadas en los pacientes internos en el área de traumatología en los hospitales de la ciudad de Ambato. En esta población han sido identificados ciertos rasgos llamativos como síntomas de ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, miedo a la muerte, problemas para la adaptación al proceso de internamiento. Lo que se pretende realizar en esta investigación es dar una visión general de tipo aproximativa con respecto a la realidad de la salud mental basada en tres factores el bienestar psicológico, bienestar emocional y bienestar social en pacientes internos en el área de traumatología en los hospitales de la ciudad de Ambato. Además, que nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y ahondar en el comportamiento humano.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Origen y evolución de la Salud

A lo largo de la historia, la salud ha evolucionado, es así que surgieron tres grandes orientaciones: la primera, el enfoque biologista, el cual toma al cuerpo a partir de una dimensión meramente física; la segunda, que empieza con conocimientos desde una perspectiva psicológica y la tercera, que detalla una posición sociológica, que ha formado, probablemente, una gran integridad. A continuación, se describe cada uno de estos enfoques: el *enfoque biologista*, surge en la época de los griegos, donde a la enfermedad se la conocía por medio del signo y síntoma; se iniciaron las ideas de la salud como una práctica individualizada y muy limitada hacia definitivos grupos sociales.

Posterior a esto, durante la Edad Media, el cristianismo tomó el dominio de lo divino en el proceso de la enfermedad, pero su declive dio como aparecimiento a la perspectiva higienista que asumió como principio la indagación del equilibrio entre el individuo y el medio ambiente. Seguido de esto en el siglo XVI en Europa, surgen los conceptos de salud y enfermedad que se asentaron en el conocimiento científico y clínico de la enfermedad. A finales del siglo XIX nacen las impresiones teóricas y metodológicas sobre la etiopatología. A partir de todos estos aportes en la práctica profesional se empezó a manejar el enfoque biologista , parte de un examen (descifrar los padecimientos del cuerpo) y del diagnóstico (especificar el signo y el síntoma) (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005).

Históricamente la mayor parte de las áreas afines con la salud, en cuanto a su intervención, se han orientado en la enfermedad, disminución del malestar y sufrimiento. Sin embargo, poco a poco este panorama ha cambiado y la salud ha tomado una dirección distinta, donde incluye los aspectos del funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de la enfermedad (Vázquez y Hervás, 2008). Como se ve, la salud en las últimas dos décadas ha ido cambiado de perspectiva, ya no sólo se centra en los aspectos físicos, sino también en los aspectos subjetivos del individuo.

Posterior a esto, surge el *enfoque psicológico,* que se centra en el cuerpo y la mente, nació a finales del siglo XIX con los trabajos de Freud, donde se da inicio a la Psicología en la Medicina para comprender la salud y la enfermedad. La salud ya no era vista desde una perspectiva meramente física, sino que se incorporó una dimensión psíquica la cual tomó un papel significativo en la comprensión de la enfermedad. Además, dentro de este enfoque surgieron otras esferas, a más de la biológica. Freud explicó el funcionamiento psíquico mediante tres instancias: el yo, el superyó y el ello. Así mismo, en este enfoque se considera a la psique humana como resultado de las interacciones del individuo con su medio ambiente (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005).

Finalmente, el *enfoque sociológico,* en la Revolución Industrial, surgen varias innovaciones a nivel productivo donde la clase trabajadora era sometida a la explotación. A partir que la clase obrera reclama las injusticias emerge una dimensión que hasta ese instante no había sido notable, el aspecto social del ser humano, la cual alcanzó un papel significativo en el inicio de la enfermedad. Esta perspectiva nace de los cambios sociales originados en Europa que surgieron de la revolución social sobre la sociedad y su importancia en el aparecimiento de las enfermedades profesionales. En 1847, el médico berlinés Salomón Neumann señaló que “la mayor parte de las enfermedades que perturban el pleno goce de la vida, no dependen de condiciones naturales, sino de condiciones sociales” (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005, p.5). Como se ve, la esfera social cumple un papel importante dentro de la enfermedad debido a que está determinada por la nutrición, vivienda, trabajo entre otras.

A finales de la Segunda Guerra Mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) definió a la salud como "un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía" (p.100). La OMS hace referencia al modelo biopsicosocial donde integra el bienestar de los factores biológicos (predisposición genética, herencia u orgánica), factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas) y factores sociales (medio ambiente, cultura), dichos factores intervienen en la salud del ser humano, es por eso que se hace énfasis en la mejora de los recursos personales que poseen los individuos.

Conceptualización de Salud

A la salud se la entiende desde una perspectiva histórica, dado que este concepto ha cambiado a lo largo de la historia, depende del contexto y la época. De tal manera la salud es un constructo social. Tradicionalmente la valoración en la salud se ha fundamentado bajo parámetros objetivos, que son medibles. Sin embargo, la perspectiva reciente de salud que proviene de la noción de completo bienestar físico, mental y social planteado por la Organización Mundial de la Salud, ya no está simplemente enfocada en la ausencia de padecimientos, sino que demanda la necesidad de incluir valoraciones tanto objetivas como subjetivas y sociales (Vera, Silva, Celis y Pavez, 2014). Es por esto que se le presenta mayor atención al nivel subjetivo, con el fin de conseguir una valoración mucho más integrativa y lograr un modelo más extenso encaminado hacia una salud positiva.

En los últimos años la OMS ha desarrollado el concepto de salud, en la primera conferencia que se realizó en Ottawa 1986 se mencionó que "la salud es un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos personales, así como las capacidades físicas" (p.1). Desde esta perspectiva, la salud se basa en el desarrollo de la persona en el entorno, el estilo de vida y cómo afronta las adversidades que se le presentan regularmente para lograr sus metas. La OMS posee avances recientes de un modelo completo e integral donde promueve la salud humana desde un modelo positivista (Vázquez y Hervás, 2008). Por lo tanto, a finales de este siglo se ha dado primacía a la prevención y promoción de la salud con énfasis en los factores subjetivos.

En la actualidad se le ha dado énfasis a "la salud positiva que describe un estado más allá de la mera ausencia de enfermedad y es definible y mensurable. Tiene paralelismos directos con el campo de la Psicología Positiva" (Seligman, 2008,p.3). Hace referencia a que tanto la salud como la Psicología se encuentran íntimamente relacionadas. Desde una representación global la salud tendría mayor atención de la que se la concede, , los problemas relacionados con la salud mental y el bienestar emocional de la población presumen un gradual gasto sanitario el cual será, a corto y medio plazo, una de las principales causas de discapacidad y deserción laboral (Roberts y Grimes, 2011).

En efecto la apreciación de la salud de una explícita población demanda valorar, los factores asociados a la autopercepción del bienestar psicológico y emocional, además de la integración social que tiene un individuo. Gozar de un buen estado de salud física o mental no sólo se centra en no poseer enfermedades sino en apreciar las capacidades y recursos que permitan afrontar los problemas de la vida cotidiana (Almedom y Glandon, 2007). En definitiva, la salud física y mental permite el desarrollo del individuo.

La Salud Mental

La salud mental es "el estado de equilibrio que los individuos establecen dentro de sí mismos y entre ellos y su entorno social y físico" (Sartorious, 2003, p.101). Hace referencia a la salud mental como la correlación del ser humano con su medio y consigo mismo. En esta relación se involucra la familia, trabajo, vecindario, escuela y otros establecimientos sociales, pero en gran medida está determinada por las condiciones biológicas que tiene el individuo, que le ayudan afrontar problemas de la vida cotidiana. Desde éste punto de vista los profesionales de salud ya no se centran solamente en relacionar los síntomas de los desórdenes psicológicos, sino más bien en promocionar y mejorar lo adaptativo, positivo y sano que preexiste en los individuos.

Por otra parte, el Modelo del Estado Completo de Salud (MECS) de Keyes (2005) ha conceptualizado a la salud mental "como un acumulado de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo, operacionalizados por medidas de bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social" (p.540). Es por esto que, el modelo planteado toma en cuenta que el individuo se sienta feliz, satisfecho y tranquilo en las diferentes esferas como el trabajo, la familia, amigos, además del funcionamiento positivo como es la autoaceptación, crecimiento personal, autoconocimiento, entre otros. Por lo tanto, una persona que se admite tanto con sus virtudes o fortalezas como con sus fallas, y procura darle sentido a su vida, tiene una buena salud mental.

En referencia a ello Keyes (2005) ha mostrado trece síntomas o cuantificadores de salud mental constituidos dentro de tres dimensiones: bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social.

La tabla 1 presenta la propuesta de síntomas y criterios diagnósticos realizados por Keyes (2005).

Tabla1
Categorías diagnósticas de la salud mental

Criterio diagnóstico	***Descripción de los síntomas***
Hedonía: se requiere alto nivel en, al menos uno escala de síntomas (síntomas 1 o 2)	- Sentirse habitualmente contento, feliz, tranquilo, satisfecho y lleno de vida (afecto positivo durante los últimos 30 días) - Sentirse satisfecho con la vida en general o con la mayor parte de sus ámbitos: trabajo, familia, amigos… (satisfacción con la vida)
Funcionamiento positivo: se requiere un nivel alto en seis o más de las escalas de síntomas	- Tener actitudes positivas hacia uno mismo, admitirse y aceptarse tal y como uno es (autoaceptación) - Tener actitudes positivas hacia las otras personas, que conoce y acepta su diversidad y complejidad (aceptación social) - Ser capaz de desarrollar el propio potencial, tener sensación de desarrollo personal y estar abierto a experiencias que supongan un reto (crecimiento personal) - Creer que la gente, los grupos sociales y la sociedad tienen un potencial de crecimiento y que evolucionan o crecen positivamente (actualización social) - Proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos - Sentir que la vida de uno mismo es útil a la sociedad y que los resultados de nuestras actividades son valorados por otras personas (contribución social) - Tener capacidad para manejar entornos complejos, así como para elegir aquellos que puedan satisfacer necesidades (dominio del entorno) - Estar interesado en la sociedad y en la vida social; sentir que la sociedad y la cultura son inteligibles, lógicas, predecibles y con sentido (coherencia social) - Tener opiniones propias y ser capaz de resistir la presión social (autonomía) - Tener relaciones afectivas francas y satisfactorias con otras personas. Así como ser capaz de desarrollar empatía e intimar (relaciones positivas con otras personas) - Poseer un sentido de pertenencia a una sociedad que mejore nuestra calidad de vida y tener el sentimiento de que nos acoge y ofrece un cierto grado de protección (integración social)

Fuente: *Keyes (2005, p.541)*

Desde otro punto de vista, la dimensión subjetiva de la salud mental positiva está constituido por el bienestar físico, satisfacción con la vida, adaptación a la emoción negativa y tranquilidad. Además de los beneficios para los individuos, también existe un beneficio para la

sociedad, que tiene como propósito desarrollar el bienestar psicológico y subjetivo. El bienestar psicológico y subjetivo surgen a partir de dos perspectivas: la perspectiva eudaimónica (bienestar psicológico), la cual se centra en el estudio del proyecto en la vida, el desarrollo personal y la autorrealización. La segunda es la representación hedonista (bienestar subjetivo), la cual se centra en la satisfacción con la vida, el nivel alto de afecto positivo y el nivel bajo de afecto negativo (García, 2014). Se concluye que es importante definir el bienestar debido a que tiene relación con la salud mental.

Bienestar

El estudio del bienestar dentro de la Psicología surge en la década de los sesenta y en su desarrollo ha dado lugar a dos grandes tradiciones según Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) la hedónica que se asocia con la felicidad, se ha encargado del estudio del bienestar subjetivo; mientras que la tradición eudemónica que está relacionada con el desarrollo personal, además parte del bienestar psicológico. A continuación describiremos las dos tradiciones de bienestar la hedónica o bienestar subjetivo según Diener (1994) “el bienestar subjetivo trata de cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva, incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas” (p.67). De manera que, el bienestar subjetivo se centra sobre una esfera especialmente emocional que ha tomado diferentes denominaciones como: felicidad, deleite con la vida y afectos positivos o negativos.

La segunda tradición es la eudemónica o bienestar psicológico, esta es un poco más reciente, se establece en la forma en la que el ser humano se desarrolla, cómo resuelve los desafíos o problemas, así como en el trabajo que realiza y el interés que le otorga para conseguir sus metas (Blanco y Díaz, 2005). Es así que la tradición eudemónica se construye en la inferencia de que las personas se esfuerzan por ejercer plenamente sus capacidades únicas según Waterman (2016) “el eudemonismo es una teoría ética que llama a las personas a reconocer y vivir de acuerdo con el "yo verdadero" (p.678). De manera que el bienestar psicológico se refiere a las potencialidades que posee cada persona.

Los estudios en relación al bienestar conciben actualmente un mayor interés en el área de la Psicología, se concentran las funciones positivas del ser humano. En Ecuador los estudios acerca del bienestar son pocos, no obstante, empiezan a tener interés, debido en los últimos años el constructo sobre la felicidad es debatido. Los individuos con altos niveles de bienestar psicológico expresan mayores intereses, valores y necesidades personales (Vázquez y Hervás, 2008). En general "el bienestar alude a aquellos aspectos del ser humano relacionados con la consecución de su felicidad y el alcance de todos los beneficios posibles a lo largo de su existencia" (Buelvas y Amarís, 2010, p.162). Como se ve, el estudio del bienestar, tanto subjetivo como objetivo, correlaciona los aspectos de satisfacción y de autodesarrollo.

El bienestar en general busca conocer el nivel en el que los individuos valoran las situaciones y el funcionamiento que tienen dentro de una sociedad conocida como el bienestar social. Este modelo teórico de bienestar social presenta seis factores que se describen a continuación: la integración social, la aceptación social, la contribución social, la actualización social y la coherencia social (Keyes, 2005). Desde este punto de vista el bienestar social tiene relación con los niveles de satisfacción con la vida y la intervención social. De aquí que se vuelve indispensable su investigación para lograr una perspectiva más extensa de la salud mental en los individuos.

Por otra parte, según García (2014) el bienestar "desde la perspectiva de la Psicología Positiva, evidencian que el desarrollo del bienestar y la felicidad se relacionan positivamente con la promoción de la salud psicofísica" (p.28). Es así que, una comprensión más alta entre el bienestar y la salud, ayudaría a generar promociones de salud donde se traten temas sobre un estilo de vida más saludable a nivel físico, psicológico y social. Así mismo, las emociones positivas forman parte del bienestar y éstas se relacionan con la creatividad, el autoconocimiento, desarrollan la resiliencia y la interpersonalidad, además que tienen una íntima relación con un modo de vida saludable (García, 2014). Por consiguiente, las emociones positivas, es decir, el bienestar, están inmersas en el desarrollo de los individuos.

Además, como señala Heylighen (1992) el bienestar es un indicador de un nivel óptimo de salud biológica que le permiten al individuo mantener un control cognitivo de los problemas

del diario vivir. Seligman (2008), al momento de hablar de bienestar él lo relaciona con emociones positivas y diferencia tres tipos, *las referentes al pasado*: donde se encuentran inmersas la satisfacción, agrado, crecimiento personal, orgullo y serenidad; *las referentes al presente:* alegría, éxtasis, tranquilidad, entusiasmo, euforia, placer y fluidez y *las relativas al futuro*: que contienen a la anhelo, fe, seguridad y confianza. En conclusión, tanto el bienestar subjetivo como psicológico tienen una relación muy íntima con las emociones positivas habituales, las cuales nos dan como resultado niveles saludables y ayudan en el crecimiento personal. Por otro lado, al hablar de salud mental también se habla de bienestar, por lo cual es necesario mencionar los modelos de bienestar.

1.2.Modelos o teorías psicológicas de bienestar

En lo que se concentra la Psicología Positiva es en promover estudios en lo positivo, debido a que existen escasas investigaciones. Es por ello que algunos modelos de bienestar están en su curso inicial y se describen a continuación:

El modelo de bienestar de Jahoda

El modelo de Jahoda (1958) se basa en la salud mental del individuo, donde existe la necesidad de tomar en cuenta los aspectos sociales y físicos. Plantea que gozar de una buena salud física es un acontecimiento necesario, sin embargo, no es apto para poseer una buena salud mental. Los aspectos importantes de este modelo, son la sucesión de criterios fundados y teóricos originarios de investigaciones empíricas que establecen un estado de salud mental positiva. Estos criterios serían aplicables tanto a personas sanas como con trastornos mentales. En definitiva, el modelo de Jahoda (1958) procura dar discusión crítica de cuáles son los elementos de la salud mental positiva. Según Jahoda (1958) constituirían seis criterios básicos y una sucesión de subdominios relacionados que se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

Características de la salud mental positiva

Criterios	***Dimensiones***
Actitudes hacía sí mismo	– Accesibilidad del yo a la conciencia Concordancia yo real-yo ideal – Sentimientos hacia uno mismo (Autoestima) – Sentido de identidad (Sense of identity)
Crecimiento, desarrollo y autoactualización	– Motivación general hacia la vida – Implicación en la vida
Integración	– Equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y el superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes). – Visión integral de la vida – Resistencia al estrés
Autonomía	– Autorregulación – Conducta independiente
Percepción de la realidad	– Percepción no distorsionada – Empatía o sensibilidad social
Control ambiental	– Capacidad de amar – Adecuación en el amor, el trabajo y el juego – Adecuación en las relaciones interpersonales – Eficiencia en el manejo de demandas situacionales – Capacidad de adaptación y ajuste – Eficiencia en resolución de problemas

Fuente: *Jahoda(1958)*

El Modelo de Bienestar la teoría de autodeterminación

El modelo de la teoría de autodeterminación está dado por el modelo humanista que nació hace medio siglo, se fundamenta en la atención a la riqueza del individuo y al estudio de sus factores positivos. Autores como (Rogers, 1963) desarrollaron un significativo trabajo para validar sus propuestas; muchos de los elementos de su teoría de personalidad no iniciaron desde la perspectiva empírica. Sin embargo, la teoría de autodeterminación se estableció esencialmente en una de las situaciones básicas del humanismo, toma en cuenta al bienestar como el resultado de un trabajo psicológico óptimo. De aquí que, esta teoría hace referencia a que la salud mental positiva se fundamenta en el bienestar.

Por otra parte, la teoría de la autodeterminación involucra al funcionamiento psicológico saludable que comprende: en primer lugar, a una apropiada satisfacción de las necesidades psicológicas esenciales (vinculación, competitividad e independencia) y en segundo lugar

comprende un procedimiento de metas adecuadas y afines; estas son propias. Ahora bien, esta teoría señala las necesidades básicas de vinculación, competitividad e independencia como los sustentos básicos y esenciales para el bienestar psicológico (Deci y Ryan, 2000).

De igual forma, desde la perspectiva de Maslow (1943) y otros autores humanistas, establecen a las necesidades descritas anteriormente como primordiales. Por el contrario Deci y Ryan (2000) describen que la experiencia temprana de la privación en una o algunas las necesidades básicas, darían como resultado al surgimiento de necesidades substitutivas o compensatorias. Dentro de las necesidades compensatorias más frecuentes se encontraría, el deseo de admiración. Por otro lado, estas necesidades se centrarían en reducir la sensación de insatisfacción producida por las carencias de las necesidades básicas. Se concluye que, dentro de este modelo, el bienestar tiene relación con la satisfacción de las necesidades básicas.

Modelo de bienestar de Carol Ryff

En la actualidad el modelo teórico más reconocido sobre el bienestar Psicológico es el multidimensional de (Ryff, 1989), donde define al bienestar psicológico como el desarrollo personal y responsabilidad con los retos existenciales de la vida; es un modelo eudaimónico que incluye seis dimensiones las cuales se describen a continuación: la autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, desarrollo personal y propósito en la vida. Las dos últimas dimensiones, desarrollo personal y propósito en la vida, son las más eudaimónicas de este modelo. Por otro lado , en el año 1989 Ryff elaboró la Psychological Well-Being Scales (PWBS), una herramienta muy utilizada dentro de la investigación psicosocial y de la que se han sometido a estudios psicométricos en diferentes poblaciones y versiones.

La pionera del bienestar es Carol Ryff (1989), dentro de su investigación se basó en las teorías expuestas anteriormente por Jahoda, Rogers, Allport, Maslow, Jung entre otros para crear un modelo que encerrará los distintos aspectos del funcionamiento óptimo del ser humano. Análogamente al modelo anterior conceptualiza al bienestar psicológico en base a los elementos no hedónicos, es decir, no toma en cuenta al conjunto de emociones de placer,

como un pronóstico del funcionamiento psicológico óptimo sino lo ve como el resultado. Ryff (1989) plantea seis dimensiones básicas que se fundan en seis necesidades que se enuncian a continuación en la tabla 3.

Tabla 3
Dimensiones propuestas en el modelo de bienestar de Carol Ryff (1989)

Dimensión	***Nivel óptimo***	***Nivel deficitario***
Control ambiental	– Sensación de control y competencia – Control de actividades – Saca provecho de oportunidades – Capaz de crearse o elegir contextos	– Sentimientos de indefensión – Locus externo generalizado – Sensación de descontrol
Crecimiento personal	– Sensación de desarrollo continuo – Se ve a sí mismo en progreso – Abierto a nuevas experiencias – Capaz de apreciar mejoras personales	– Sensación de no aprendizaje – Sensación de no mejora – No transferir logros pasados al presente
Propósito en la vida	– Objetivos en la vida – Sensación de llevar un rumbo – Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido	– Sensación de estar sin rumbo – Dificultades psicosociales – Funcionamiento premórbido bajo
Autonomía	– Capaz de resistir presiones sociales – Es independiente y tiene determinación – Regula su conducta desde dentro – Se autoevalúa con sus propios criterios	– Bajo nivel de asertividad – No mostrar preferencias – Actitud sumisa y complaciente – Indecisión
Autoaceptación	– Actitud positiva hacia uno mismo – Acepta aspectos positivos y negativos – Valora positivamente su pasado	– Perfeccionismo – Más uso de criterios externos
Relaciones positivas con otros	– Relaciones estrechas y cálidas con otros – Le preocupa el bienestar de los demás – Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad	– Déficit en afecto, intimidad, empatía

Fuente: *Ryff (1989, p. 1072)*

El Modelo de Bienestar Psicológico de (Ryff, 1989) en comparación con la teoría de la autodeterminación, a nivel conceptual es diferente. En la teoría de la autodeterminación su definición es más extensa sobre el crecimiento personal, motivación y las necesidades básicas precisas para el bienestar. Mientras, que en el modelo planteado por Carol Ryff (1989) las dimensiones son consideradas como índices de bienestar apropiadamente mencionadas más que predictores de bienestar (García, 2014).

Este modelo ha apoyado en la última década a elementos que no sólo están ligados con el bienestar subjetivo o la satisfacción de vida, sino con medidas de salud a nivel físico. Como se observa dentro de este modelo, el bienestar tiene relaciones más íntimas con la salud física que los elementos hedónicos.

Modelo de bienestar de Keyes

El modelo de bienestar de Keyes (2005) ha expuesto un esquema de dimensiones de bienestar que, se fundamentaron del modelo de Carol Ryff (1989), este autor lo profundiza para incluir aspectos hedónicos. Keyes (2005) en su modelo diferencia tres esferas para definir a la salud mental positiva en tres dimensiones el *bienestar emocional*, comprendido por una elevada satisfacción vital, mientras que el *bienestar subjetivo*, une las seis dimensiones presentadas en el modelo de Carol Ryff (1989) y finalmente el *bienestar social, l*o que Keyes (2005) designa bienestar social contiene juicios más congruentes con el funcionamiento social y comunitario. El nivel de bienestar social enuncia en qué medida el medio social y la cultural en que el ser humano se desenvuelve, es un medio ambiente nutriente y agradable (García, 2014).

Dentro del ámbito del bienestar social Keyes (2005) enuncia cinco dimensiones que se enumeran a continuación en la tabla 4:

Tabla 4

Dimensiones sociales propuestas en el modelo de bienestar de Keyes

Dimensiones	***Criterios***
Coherencia social	Percibir que el mundo social tiene lógica y es coherente y predecible
Integración social	Sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado y con elementos a compartir.
Contribución social	Percepción de que uno contribuye con algo valioso para la sociedad en general
Actualización social	Tener la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla permite además el crecimiento y la actualización personal.
Aceptación social	Tener actitudes benévolas y positivas hacia la gente. Sentir que el mundo no es un lugar hostil y cruel.

Fuente: *Keyes (2005)*

El bienestar social y comunitario es de gran importancia para poder transmitir la idea de bienestar más allá del área individual. Actualmente se han realizado varias investigaciones a nivel europeo referentes al bienestar social examinado en diferentes países, donde toman muy en cuenta del modelo de Keyes (2005). El elemento social traza significativos desafíos al estudio del bienestar del individuo (García, 2014). Se concluye que dentro de este modelo el aspecto individual y social cumple un papel importante dentro de las dimensiones descritas por Keyes (2005) como el bienestar emocional, psicológico y social son importantes en el bienestar del ser humano de igual forma el bienestar cumple un papel esencial en los modelos como el de Jahoda (1958) o el de Ryff (1989)

Modelo de bienestar de Martin Seligman

Finalmente se enuncia el modelo de las tres vías del autor Martin Seligman (2008). Después de comparar las investigaciones existentes sobre el bienestar, Seligman (2008) logró llegar a la conclusión de que los modelos expuestos se sintetizaban en tres dimensiones: *la vida placentera*, que contendría sentir las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; *la vida comprometida*, la cual pone en práctica en la vida cotidiana las virtudes personales, con el objetivo de desarrollar un determinado número de experiencias óptimas y finalmente una *vida significativa*, que comprende el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo (García, 2014). No obstante, su propuesta no está constituida en una teoría o modelo; se muestra más bien una proposición de tipo descriptiva que busca brindar una representación integradora.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente capitulo que respecta a la metodología de la investigación, se va a detallar el paradigma, la modalidad y el alcance. Del mismo modo se describirán las técnicas y herramientas que se utilizaron en la realización de la misma, asimismo se especificará las características de la población, muestra y muestreo. Y finalmente se explicará el procedimiento metodológico que se utilizó en el proyecto de investigación.

2.1 Tipo, alcance y diseño de la investigación

La presente investigación sobre el estado de salud mental actual en una muestra de pacientes del área de traumatología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato es de tipo cuantitativo con un alcance descriptivo exploratorio y el diseño de la investigación es no experimental de corte transversal.

La modalidad es de tipo cuantitativo según Hernández, Fernández y Baptista (2010) "en el enfoque cuantitativo los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio. La recolección de los datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos" (p.20). En otras palabras, este tipo de investigación es adaptable a este proyecto de investigación debido a que se realizó la recolección de la información por medio de herramientas cuantificables.

El alcance es de tipo descriptivo según Hernández, Fernández y Baptista (2010) "los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas" (p.80). En efecto mediante el estudio descriptivo se realiza una investigación donde se detallan bibliográficamente las características de la variable de estudio sin que esta tenga correlación con otra variable. Otro aspecto es que detalla los fenómenos, condiciones y circunstancias donde busca especificar cómo se presentan en la o las variables de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Así mismo, dentro del alcance descriptivo para Behar (2008) "sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos" (p.17). Es decir, este tipo de investigación ayuda a conocer de manera científica como se genera un fenómeno mediante su aproximación a nivel bibliográfico. Hay que mencionar, además que el alcance es de tipo descriptivo exploratorio, tiene como objetivo poder demostrar cómo se presentan los niveles y dimensiones de salud mental de acuerdo al sexo, edad, estado civil y de este modo determinar cuál es el estado de salud mental.

Habría que decir también que el diseño de la investigación es no experimental de estudio transversal, debido a que los datos de las variables se recopiló en un periodo determinado según Hernández, Fernández y Baptista (2010) " se centra en analizar cuál es el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado" (p.151). Dicho de otra manera, debido a que el investigador mira los fenómenos o variables como se presentan, no influye en ellas y la información se recoge en un tiempo específico. Dentro de la investigación es aplicable este diseño, se recolectó la información en un momento determinado y no se manipularon las variables a ser investigadas.

2.2 Técnicas e Instrumentos

La técnica que se utilizó fue la encuesta; para la obtención de la información se realizó mediante una entrevista psicológica estructurada por medio de la Escala del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) validada en el contexto ecuatoriano y una ficha sociodemográfica.

La encuesta como técnica según López y Fachelli (2015) "en la investigación social, la encuesta se considera en primera instancia como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos" (p.8). Hay que mencionar que esta técnica es aplicable al proyecto de investigación debido a que la información se registró de manera anónima mediante una serie de preguntas que estaban previamente establecidas en la ficha sociodemográfica y en el instrumento psicométrico.

La entrevista psicológica estructurada o también conocida como entrevista formal o estandarizada según Hurtado (2000) “consiste en una especie de interrogatorio en el cual las preguntas se le formulan a las diferentes personas, mantiene siempre el mismo orden y con los mismos términos” (p.461). Como se ha dicho, este tipo de entrevista se centra en preguntar al participante una serie de preguntas que se han establecido anticipadamente, tiene en cuenta que su orden siempre va a ser el mismo.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la presente investigación fueron para la entrevista estructurada la Escala de Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) y una ficha sociodemográfica.

El instrumento de Escala del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) Keyes (2005), es un cuestionario de autorreporte, diseñado para medir la salud mental positiva, consta de catorce ítems, dentro de la investigación realizada por Peña et al. (2017) su investigación presenta un Alfa de Cronbach de α= 0.91 y para las sub escalas un Alfa de Cronbach de bienestar emocional del α= 0.80, bienestar social α= 0.72 y finalmente bienestar psicológico α= 0.85. Mientras que en la presente investigación se obtuvo un Alfa de Cronbach de α= 0.87 y para las sub escalas un Alfa de Cronbach de bienestar emocional del α= 0.72, bienestar social α= 0.71 y finalmente bienestar psicológico α= 0.74 (ver tabla 5). Las tres dimensiones bienestar social, emocional y psicológico tienen correlaciones significativas. Para las puntuaciones posee una escala de Likert con puntuaciones donde 1 es nunca, 2 pocas veces, 3 bastantes veces, 4 muchas veces y 5 siempre. Tiene un intervalo de 14 a 70 puntos.

Tabla 5
Cuadro comparativo del Alfa de Cronbach de la Escala del Continium de Salud Mental

Elementos	***Peña et al., (2017)***	***Investigación Actual***
Total de la Escala	,91	,87
Bienestar Emocional	,80	,72
Bienestar Social	,72	,71
Bienestar Psicológico	,85	,74

Fuente: *Elaboración propia*

La Escala del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) Keyes (2005), fue aplicada en el contexto ecuatoriano, en la ciudad de Cuenca en primera instancia a una población por conveniencia de 100 personas para un estudio piloto en donde se revisó la validez de contenido en una aplicación grupal de la escala, lo cual dio como resultante modificaciones de tipo semántico y a nivel de consigna de la escala. En un segundo estudio se aplicó a una población de 550 participantes. Las dos muestras se tomaron en la misma ciudad. Los investigadores obtuvieron una Alpha de Cronbach de 0.91, lo que indica una alta confiabilidad de la misma (Peña et al., 2017).

Los ítems y sus sub escalas del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) son:

Bienestar emocional

1. Me he sentido alegre
2. Me he sentido interesado en la vida.
3. Me he sentido satisfecho con la vida.

Bienestar social

4. He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad.
5. He sentido que pertenezco a una comunidad (a un grupo social como la escuela o el vecindario, etc.).
6. He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas.
7. He sentido que las personas son buenas.
8. He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí.

Bienestar psicológico

9. He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad
10. He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria.
11. He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza.
12. Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona.
13. Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones.
14. He sentido que mi vida tiene propósito y sentido. (Ver anexo 2)

La ficha sociodemográfica es usada para la recolección de información en situaciones determinadas, está compuesta por 14 preguntas: género, edad, estado civil, instrucción, ocupación, sector de domicilio, situación socioeconómica familiar, con quién vive actualmente, siente que sus familiares le apoyan en su estado de salud actual, quién está a cargo de sus cuidados, tiempo de hospitalización, qué tipo de lesión presenta, actualmente frente a ésta situación siente que su estado del ánimo es, actualmente asiste a rehabilitación. (Ver anexo 1).

Caracterización de la sala de traumatología

La sala de traumatología, se encuentra ubicada en el séptimo piso del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, cuenta con 60 camas, en cada habitación existen dos camas y en algunos casos sólo una. Las habitaciones cuentan con su respectivo baño, televisión y ropero. En esta área, se encuentran las personas que están a la espera de una cirugía o las que ya han sido operadas.

2.3 Población y características sociodemográficas

La población de interés para la presente investigación comprende a los pacientes que se encuentran internados en el Hospital IESS de la ciudad de Ambato y cuya edad promedio oscila entre los 20 a 89 años, la población de interés bordea los 85 casos. En esta población han sido identificados ciertos rasgos llamativos como síntomas de ansiedad, depresión, estrés, alteraciones del sueño, miedo a la muerte, dificultad para la adaptación al proceso de internamiento.

Para el desarrollo del presente proyecto de investigación fue necesario realizar un proceso de evaluación psicológica, sin embargo, existieron complicaciones en la posibilidad de realizar una evaluación en todos los casos de interés, por lo cual se requirió la conformación de una muestra representativa. Los parámetros para considerar el tamaño de la muestra comprenden considerar una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%. Del que se deduce una muestra integrada por 70 casos.

La selección de integrantes de la muestra se realizó mediante el empleo de un muestreo no probabilístico por voluntariado en función de su accesibilidad. Este tipo de muestreo según Bisquerra (2009) "es un procedimiento de selección informal de la muestra, en función del investigador" (p.148). Es decir que, a través de este muestreo se seleccionaron a los integrantes arbitrariamente se basa en criterios de inclusión, personas que oscilen entre los 20 a 89 años de edad y estén en el área de traumatología.

Características sociodemográficas

Esta sección abarca el análisis de las características sociodemográfico que manifiestan los participantes del estudio. En primer lugar, se presentan las características personales y luego las características de su estado de salud.

En este apartado se analizan los resultados de las características personales de la muestra de acuerdo a los criterios de género, edad, sector de domicilio, estado civil, ocupación y estrato socioeconómico. También, el análisis se efectúa de forma comparativa en función al género para determinar si constan semejanzas y diferencias. Para las variables cualitativas se presenta a la frecuencia con (f) y al porcentaje con (%).

Por otro lado, las variables cuantitativas por la media (M) y la desviación estándar (Ds). Las pruebas de contraste se utilizaron para conocer las diferencias entre los grupos fueron la Prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas. (Ver tabla 6).

Tabla 6

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	***Hombres; n=49***		***Mujeres; n=21***		**Contraste**
	Frec.	***%***	***Frec.***	***%***	$\mathbf{x^2}$
Edad					
Edad adulta temprana (20-40)	21	42,9%	5	23,8%	
Edad adulta intermedia (41-65)	18	36,7%	10	47,6%	0,302;0,317
Edad adulta tardía (66 o más)	10	20,4%	6	28,6%	

Sector de Domicilio					
Urbano	28	57,1%	15	71,4%	0,254;0,260
Rural	21	42,9%	6	28,6%	
Instrucción					
Primaria	17	34,7%	7	33,3%	0,364;0,353
Secundaria	23	46,9%	7	33,3%	
Superior	9	18,4%	7	33,3%	
Estado Civil					
Soltero	4	8,2 %	5	23,8%	0,005; 0,008
Casado	37	75,5%	10	47,6%	
Unión Libre	5	10,2%	0	0%	
Divorciado	0	0%	2	9,5%	
Viudo	3	6,1%	4	19,0%	
Situación socioeconómica familiar					
Muy buena	2	4,1%	1	4,8%	0,863;0,928
Buena	27	55,1%	12	57,1%	
Regular	19	38,8%	8	38,1%	
Mala	1	2%	0	0%	
Ocupación					
Trabaja	44	89,8%	12	57,1%	0,003;0,002
No trabaja	5	10,2%	9	42,9%	
Lesión que presenta					
Fractura	36	73,5%	18	85,7%	0,076;0,222
Esguince	2	4,1%	2	9,5%	
Luxación	1	2,0%	1	4,8%	
Hernia	9	18,4%	0	0%	
Amputación	1	2,0%	0	0%	
	M	**Ds**	**M**	**Ds**	***t(70)***
Edad	48,27	17,38	54,90	18,16	19,43;13,85

Nota: 70 observaciones
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la variable de género se halló en la muestra de pacientes del área de traumatología, que en el caso de los hombres corresponden a n= 49 posee un porcentaje del 70% participantes y en el caso de las mujeres n=21 tiene un porcentaje del 30%. (Ver tabla 6).

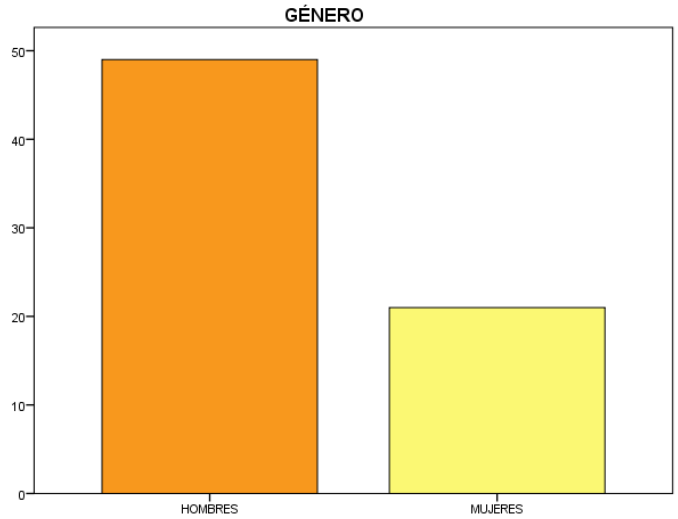


Gráfico 1 Representación gráfica de los participantes del estudio en función del género

En el gráfico 1 se observa que existe una prevalencia de los participantes en el género masculino por encima del género femenino, esto está ligado a la ocupación, gran parte realizan mayor actividad física y debido a esto tienen una tendencia a sufrir más accidentes.

Dentro de la variable edad se encontró que la edad adulta temprana (20-40 años) tiene porcentaje de 37,1%, mientras que el 40% corresponde a la edad adulta intermedia (41-65 años) y el 22,9% a la edad adulta tardía (66 o más años) en la muestra de los pacientes del área de traumatología. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos x2= 0,317; p>.05 por lo que se concluye que existe una distribución similar entre los grupos. (Ver tabla 6).

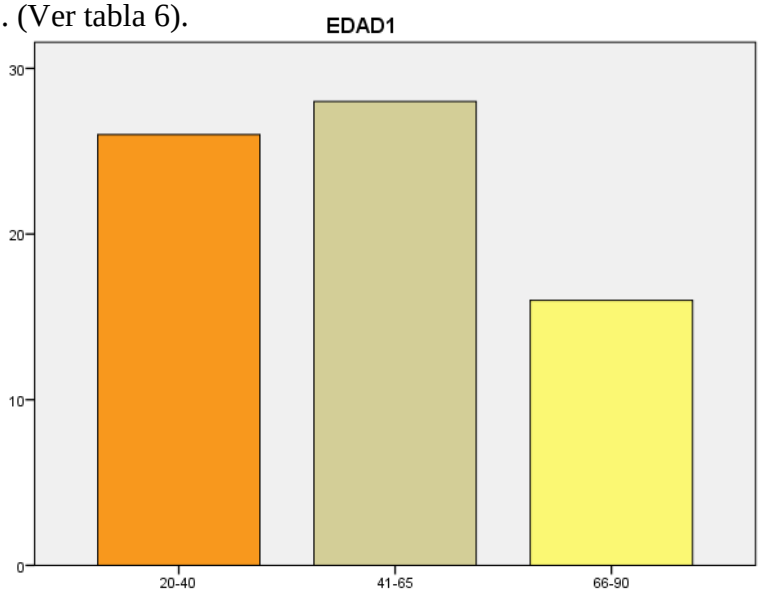


Gráfico 2 Representación gráfica de los participantes del estudio en función a la edad

En el gráfico 2 se observa que existe una prevalencia de los participantes con respecto a la edad adulta intermedia, mientras que existe un número menor de participantes con una edad tardía.

Dentro de la variable del sector de domicilio se encontró que el sector urbano tiene un porcentaje de 61,4%, mientras que el 38,6% corresponde al sector rural en la muestra de los pacientes del área de traumatología. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos x2= 0,260; p>.05 por lo que se concluye que existe una distribución similar entre ambos grupos. (Ver tabla 6).

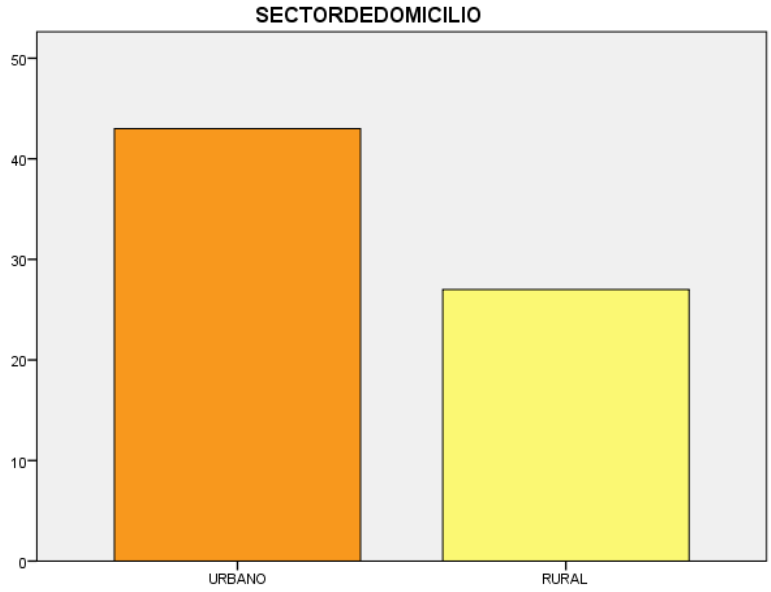


Gráfico 3 Representación gráfica de los participantes del estudio en función al sector de domicilio

En el gráfico 3 se observa que existe una prevalencia de los participantes que viven en el sector urbano por encima de los participantes que viven en el sector rural.

En la variable instrucción se encontró que la instrucción primaria tiene un porcentaje del 34,3%, la secundaria el 42,9 % y la terciaria el 22,9% en la muestra de los pacientes del área de traumatología. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos x2= 0,353; p>.05 por lo que se concluye que existe una distribución similar entre ambos grupos. (Ver tabla 6).

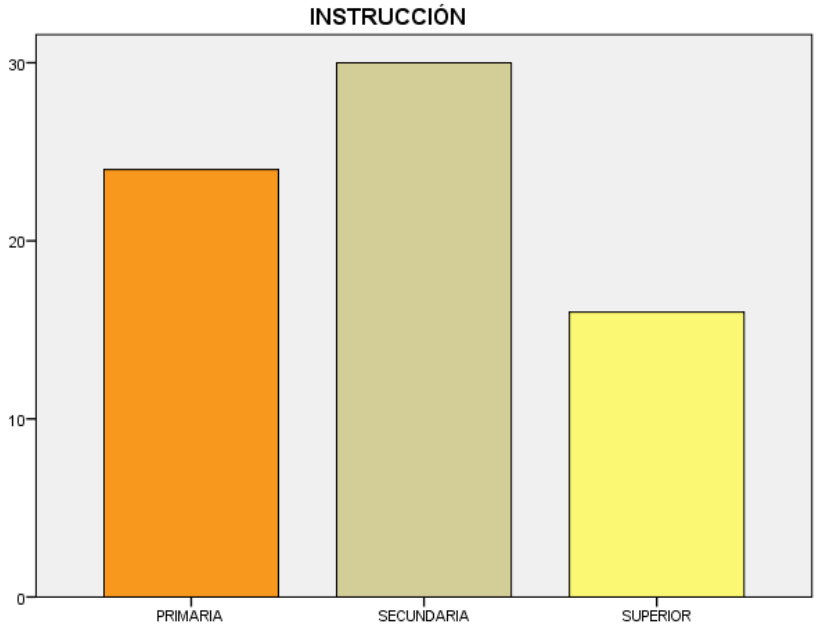


Gráfico 4 Representación gráfica de los participantes del estudio en función a la instrucción

En el gráfico 4 se observa que existe una prevalencia de los participantes que tienen una instrucción secundaria mientras que el número inferior tiene una instrucción superior.

Dentro de la variable del estado civil se encontró en la muestra de los pacientes del área de traumatología que los participantes solteros tienen un porcentaje del 12,9 %, los casados 67,1%, divorciados 2,9%, viudos el 10% y en unión libre el 7,1%. Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos *x2= 0,005; p <. 05* por lo que se concluye que el género mujeres tiene mayor porcentaje de estado civil soltero a diferencia de los hombres. Además, los hombres presentan un porcentaje en unión libre mientras que las mujeres no lo presentan. (Ver tabla 6).

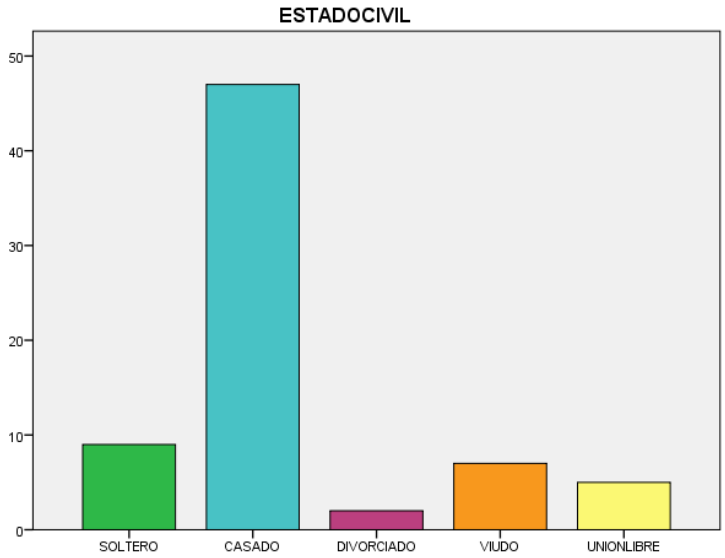


Gráfico 5 Representación gráfica de los participantes del estudio en función al estado civil

En el gráfico 5 se observa que existe un número superior de participantes casados respecto a los demás estados civiles, mientras que el número inferior de participantes son los divorciados.

En la variable de la situación socioeconómica se encontró en la muestra de los pacientes del área de traumatología que los participantes con una economía muy buena tienen un porcentaje del 4,3%, buena 55,7%, regular 38,6% y mala 1,4%. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos x2= 0,928; p>.05 por lo que se concluye que existe una distribución similar entre ambos grupos. (Ver tabla 6).

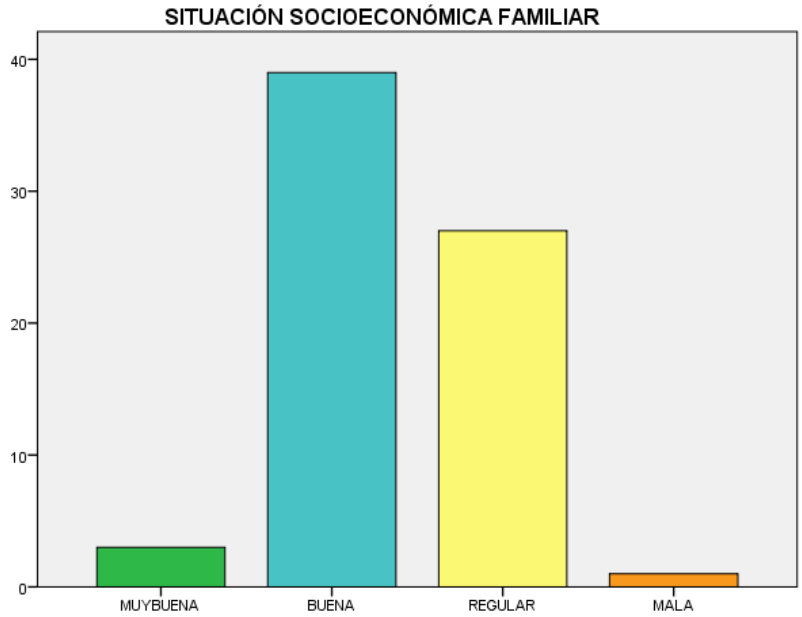


Gráfico 6 Representación gráfica de los participantes del estudio en función a la situación económica

En el gráfico 6 se observa que existe un número superior de participantes con una economía buena, mientras que el número inferior de participantes tienen una economía mala.

Dentro de la variable ocupación se encontró en la muestra de los pacientes del área de traumatología que los participantes que trabajan tienen un porcentaje del 78,6%; mientras que los que no trabajan tienen un porcentaje del 21,4%. Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos x2= 0,002; *p <. 05* por lo que el género mujeres tiene mayor porcentaje de no trabajar a diferencia de los hombres. (Ver tabla 6).

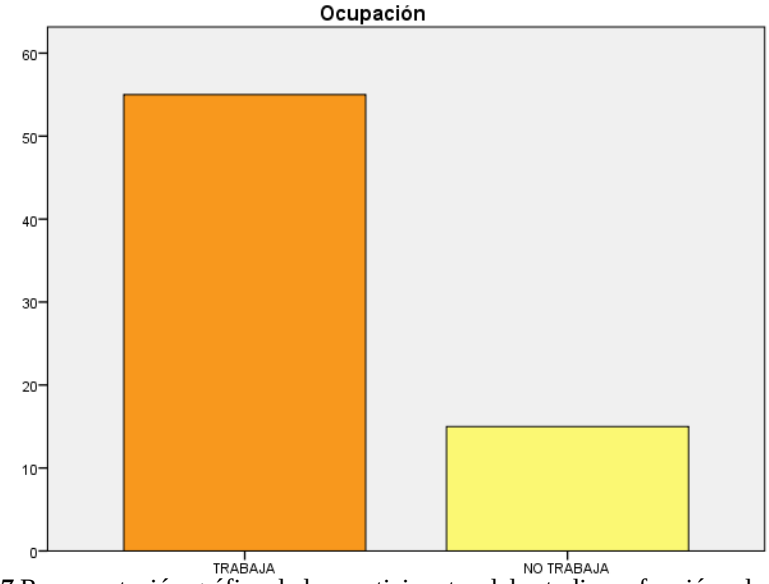


Gráfico 7 Representación gráfica de los participantes del estudio en función a la ocupación

En el gráfico 7 se observa que existe un número superior de participantes que trabajan mientras que el número inferior de participantes no trabajan.

En la variable tipo de lesión se encontró en la muestra de los pacientes del área de traumatología que los participantes con fractura tienen un porcentaje del 77,1%, esguince 5,7%, hernia 12,9% luxación 2,9% y amputación 1,4%. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos x2= 0,222; p>.05 por lo que se concluye que existe una distribución similar entre ambos grupos. (Ver tabla 6).

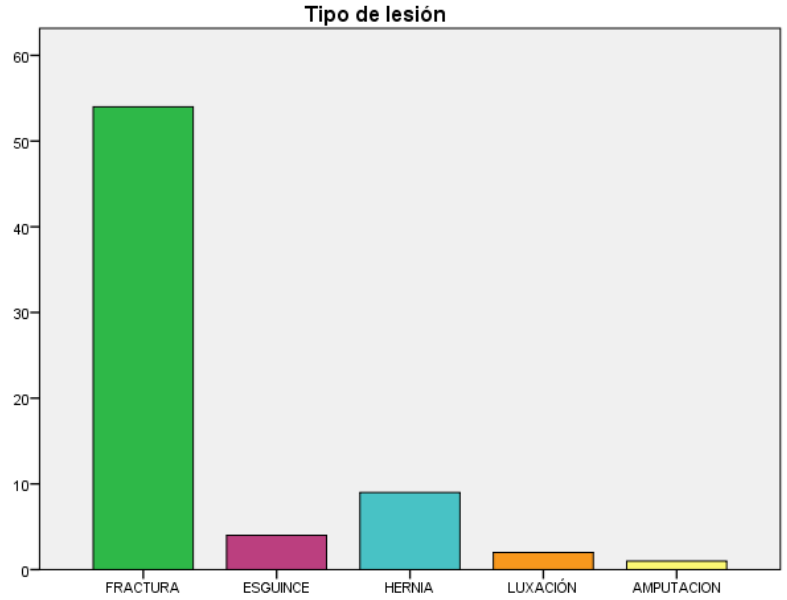


Gráfico 8 Representación gráfica de los participantes del estudio en función al tipo de lesión

En el gráfico 8 se observa que existe un número superior de participantes que presentan fractura, mientras que el número inferior presenta amputación.

2.4 Procedimiento Metodológico

Para la realización de la presente investigación se empezó con la realización del plan de proyecto de investigación donde se delimitó el tema a investigar y se identificó la población que consistió en los pacientes del área de traumatología, el mismo que fue sujeto a la aprobación por parte del consejo de la escuela de Psicología. Una vez aceptado, se comenzó con la búsqueda bibliográfica para la elaboración del marco teórico. Después, se prepararon los materiales e instrumentos.

Se obtuvieron los permisos respectivos en el hospital IESS Ambato. Se realizaron las evaluaciones a la población, como parte del proceso se informó acerca de los objetivos del estudio, se explicó el motivo de la evaluación y la confidencialidad de la misma, se realizó de manera libre y voluntaria con fines investigativos mediante una carta de consentimiento informado y se aplicó a la vez una encuesta para recolectar los datos sociodemográficos.

Posterior, se aplicó la Escala del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF) con el objetivo de determinar el estado actual de salud mental bajo tres factores el bienestar psicológico, emocional y social. Las aplicaciones cubrieron horarios entre semana en la modalidad diurna y fines de semana modalidad diurna por el lapso de cuatro semanas. La participación fue totalmente voluntaria, se llevó a cabo una entrevista estructurada donde se utilizó el autorregistro, pero con la debida guía y apoyo a los participantes de manera que todas las preguntas fueran contestadas. Cada persona se demoró alrededor de 5 minutos en responder el cuestionario. Seguido a esto, se hizo la depuración de la información mediante la tabulación de datos estadísticos. Para el análisis de los datos se usó el programa SPSS.20. Finalmente se establecieron, a partir de los resultados, conclusiones y recomendaciones necesarias.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Por lo que se refiere al presente proyecto se investigó sobre el estado de salud mental bajo tres factores el bienestar psicológico, emocional y social. Para la realización del mismo se utilizó un instrumento psicológico con un alto nivel de confiabilidad para detectar el estado de salud mental. A continuación, se detallan los resultados obtenidos en el presente proyecto de investigación.

3.1 Análisis descriptivo del estado de salud mental

Una vez obtenidos los resultados por medio de las herramientas psicológicas empleadas para la valoración del estado de salud mental bajo tres factores el bienestar psicológico, emocional y social se procederá con un análisis descriptivo.

Análisis de los resultados de la Escala del Contínuum de Salud Mental (MHC–SF)

El análisis de los resultados se muestra a través de las medias (M), las desviaciones típicas (Ds) los valores mínimos (Min) y máximos (Max) de la estimación de salud mental global de los participantes del área de traumatología. Además, se utilizó Kolmogorov-Smirno (K-S) para comprobar si las variables se distribuyen normalmente (p< ,05).

Tabla 7

Resultados análisis descriptivo de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

Variable	***M***	***Ds***	***Min***	***Max***	***K-S***
Global	55,54	9,68	31,00	70,00	0,109

Nota: *70 observaciones; M: media aritmética, Ds: desviación típica; K-S: prueba de normalidad Kolmogorov-Smirno.*

En la tabla 7, se observa el análisis estadístico de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF), se encontró una media aritmética de M= 55,54 puntos, una desviación típica o estándar de Ds= 9,68; con puntuaciones mínimas de 31,00 y máximas de 70,00; en la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirno se obtuvo K-S=0,109 p>,05 por lo tanto cumple con el significado de normalidad. En el gráfico 9 que se encuentra a continuación se observa la distribución:

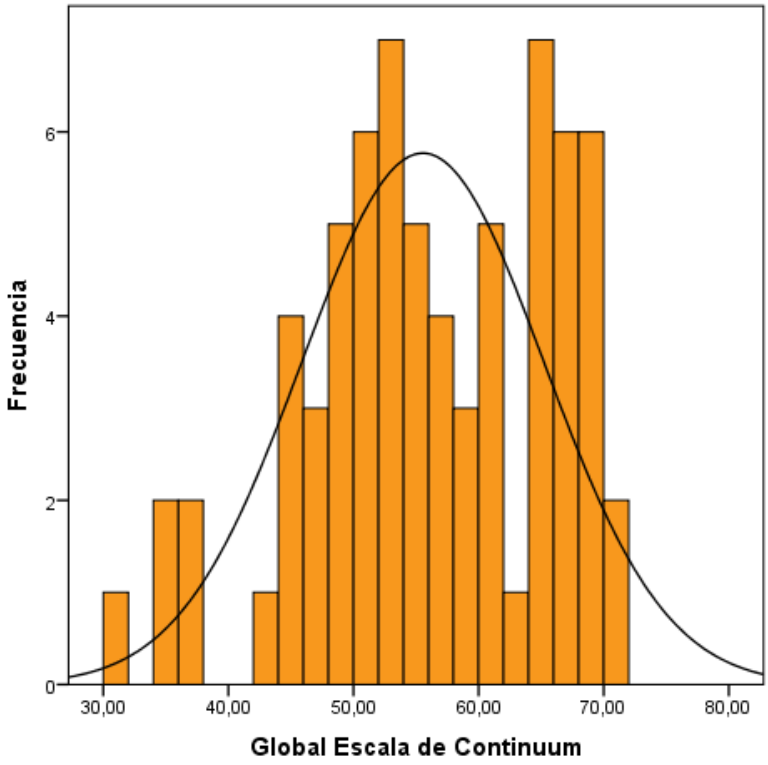


Gráfico 9 Representación gráfica de la curva normal en la Escala de Continuum de Salud Mental

Por consiguiente, en el gráfico 9 se observa, que la distribución de la variable sigue la curva normal en la escala de Continuum de salud mental global, cumple con el supuesto de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S= 0,109). Los datos observados tienen una tendencia hacia los niveles altos de salud mental.

Niveles de salud mental

Dentro de la presente investigación se partió de la investigación realizada por Peña et al. (2017), la cual posee una escala de Likert con puntuaciones del 1 al 5, dentro de la calificación posee un intervalo entre 14 y 70 puntos. Para la clasificación de los niveles de salud mental positiva, las puntuaciones altas se consideran (4 a 5) y las puntuaciones bajas de (1 a 2). En el gráfico 10 que se encuentra a continuación se observa la distribución de los niveles de salud mental:

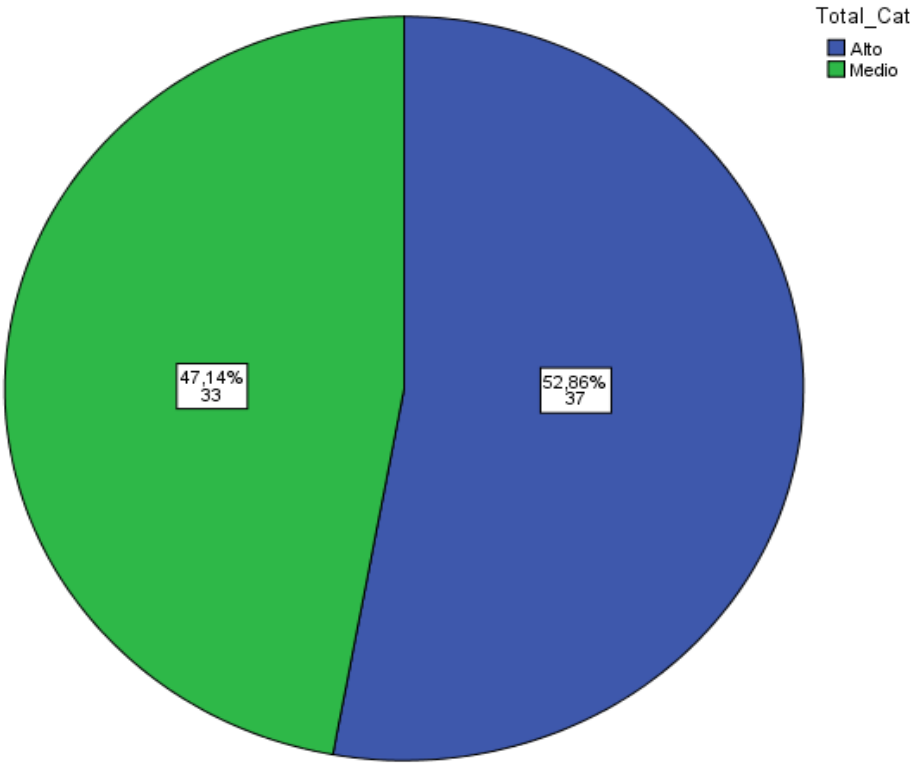


Gráfico 10 Representación gráfica de los Niveles de Salud Mental

En el gráfico 10 se observa que los resultados obtenidos respecto a los niveles de salud mental en 37 participantes con un porcentaje del 52,86% presentan un nivel alto y 33 participantes con un porcentaje del 47,14% muestran un nivel moderado; por otro parte, no existen personas dentro del estudio que posean un nivel de salud mental bajo. De manera que esto muestra que los participantes poseen altos niveles de salud mental positiva.

Dimensiones de salud mental: bienestar emocional, social y psicológico

El análisis de los resultados se muestra a través de las medias (M), las desviaciones típicas (Ds), valores mínimos (Min), máximos (Max) de la estimación de las dimensiones de salud mental que incluyen el bienestar emocional, social y psicológico de los participantes del área de traumatología.

Tabla 8

Resultados de las dimensiones de salud mental: bienestar emocional, social y psicológico

Dimensiones	***Corte***	***M***	***Ds***	***Min***	***Max***	***Ítems***
Bienestar emocional	9	12,22	2,70	5,00	15,00	3
Bienestar social	15	18,27	4,04	10,00	25,00	5
Bienestar psicológico	18	25,04	4,18	13,00	30,00	6
Bienestar General	42	55,54	9,67	31,00	70,00	14

Nota: 70 observaciones; M: media aritmética, Ds: desviación típica

En la tabla 8 se observa el análisis estadístico de los resultados de las dimensiones de Salud Mental (MHC-SF), se encontró que el bienestar emocional tiene una media de M=12,22, una desviación Ds=2,70, un valor mínimo de 5,00 puntos y un valor máximo de 15,00 puntos. Para la dimensión de bienestar social una media de M=18,00, una desviación Ds=4,04, un valor mínimo de 10,00 puntos y un valor máximo de 25,00 puntos. Y finalmente para la dimensión de bienestar psicológico una media de M=25,04, una desviación Ds=4,18, un valor mínimo de 13,00 puntos y un valor máximo de 30,00 puntos. Por lo tanto, estos resultados demuestran altos niveles en las tres dimensiones, lo cual indica que los participantes muestran niveles superiores de bienestar. En el gráfico 11 que se encuentra a continuación se observa la distribución de las medias de las tres dimensiones de la escala de Continuum y el punto de corte.

.

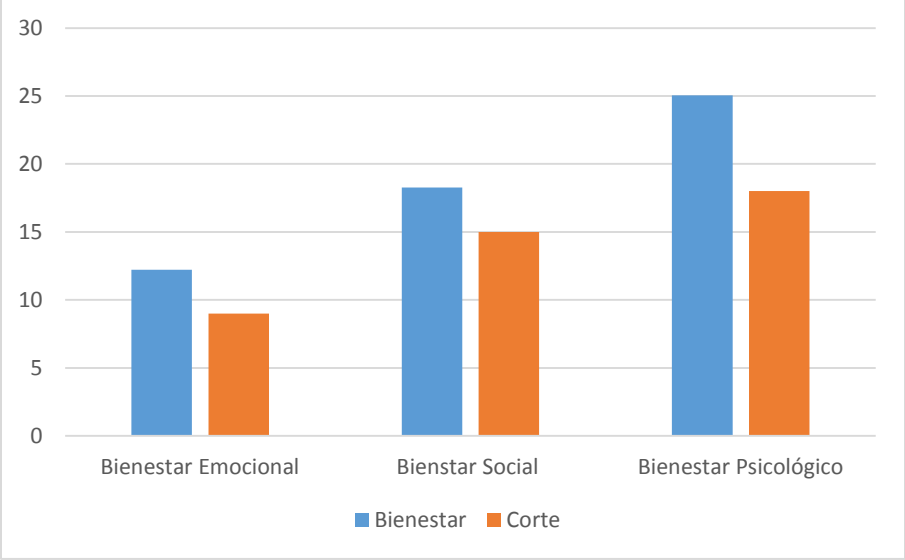


Gráfico 11 Representación gráfica de las Dimensiones de Salud Mental

En el gráfico 11 se observa que los resultados obtenidos respecto a las dimensiones de salud mental donde las mediad de bienestar emocional, social y psicológico se encuentran por encima de punto de corte lo cual nos indica que existe un alto nivel de bienestar, además se observa que existe una prevalencia en el bienestar psicológico.

Niveles y dimensiones de la salud mental positiva en función con el género.

Dentro de la investigación realizada existe un mayor predominio de hombres que de mujeres. Para identificar si existen diferencias entre estas variables se utilizó la prueba de homogeneidad de varianzas el Test de Levene (F) continuando con el estudio se utilizó la prueba t de student (t) para muestras independientes, para comparar las medias de los niveles y dimensiones en función al género y establecer si constan o no diferencias significativas (p < ,05). El análisis de resultados que se muestran a continuación son las medias (M), las desviaciones típicas (Ds), de los participantes del área de traumatología.

Tabla 9

Resultados de los niveles y dimensiones de salud mental en función con el género

Niveles		***Hombres*** *n=49*		***Mujeres*** *n=21*			
Alto		*27*		*10*			
Medio		*22*		*11*			
Dimensiones	***Corte***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***F***	***t ; p***
Bienestar emocional	9	12,28	2,65	12,09	2,87	0,001	0,260;0,797
Bienestar social	15	18,59	3,82	17,52	4,53	1,111	0,945;0,352
Bienestar psicológico	18	25,34	3,53	24,33	5,45	8,311	0,784;0,440
Global	42	56,22	8,72	53,92	11,69	1,391	0,800;0,430

Nota: *70 observaciones; M: media aritmética, Ds: desviación típica, F: Test de Leve; t: prueba t de student; p:significancia*

En la tabla 9 se observa el análisis estadístico de los resultados de los niveles y las dimensiones de Salud Mental en función con el género, se encontró que los hombres poseen un índice superior en el nivel alto de salud mental del 55,1%; mientras que las mujeres presentan un índice superior en los niveles medios de 52,4%. De igual forma ocurre en las dimensiones, es así que en la dimensión de Bienestar Emocional los hombres tienen una media M= 12,28; desviación estándar Ds= 2,65, mientras que las mujeres presentaron valores inferiores con una M= 12,09; desviación estándar Ds= 2,87. De manera semejante ocurre en la

dimensión de Bienestar Psicológico los hombres tienen una media M= 25,34; desviación estándar Ds= 3,53 mientras que las mujeres tienen una puntuación inferior M=24,33; desviación estándar Ds= 5,45.

En lo que corresponde a la estimación global los hombres puntuaron una media M= 56,22; desviación estándar Ds= 8,72 mientras que las mujeres obtuvieron una puntuación menor con una media M= 53,92; desviación estándar Ds=11,69. No obstante, no se evidencian diferencias significativas (p>,05) debido a que los grupos de hombres y mujeres no son semejantes, , dentro de la muestra existe una mayor prevalencia de hombres. Por lo tanto, de manera general estos resultados demuestran altos niveles de salud mental en hombres; mientras que las mujeres presentan un nivel medio de salud mental.

Tanto los hombres como las mujeres tienen una puntuación alta en el bienestar psicológico. En relación al bienestar psicológico, el estudio realizado por Yañez y Cárdenas (2010) en Chile a 109 personas inmigrantes sudamericanos, el objetivo de la investigación fue comprobar la relación entre la estrategias de aculturación con la salud mental y el bienestar psicológico los resultados que se obtuvieron fueron que tanto los hombres como las mujeres presenta puntuaciones positivas en la categoría de bienestar psicológico; obtiene los hombres un puntaje alto en propósito de vida mientras que las mujeres en crecimiento personal. Los resultados obtenidos en la presente investigación se detallan en los gráficos 12 y 13.

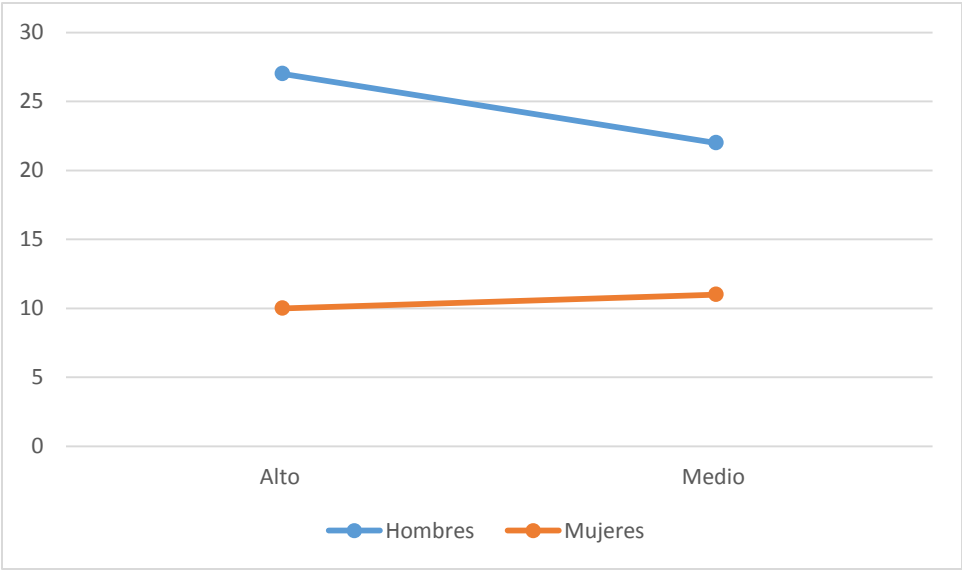


Gráfico 12 Representación gráfica de los niveles de Salud Mental en función con el género

En el gráfico 12 se observa que los resultados obtenidos muestran que los hombres tienen una puntuación superior en el nivel alto de salud mental; mientras que las mujeres presentan una puntuación superior en el nivel medio de salud mental.

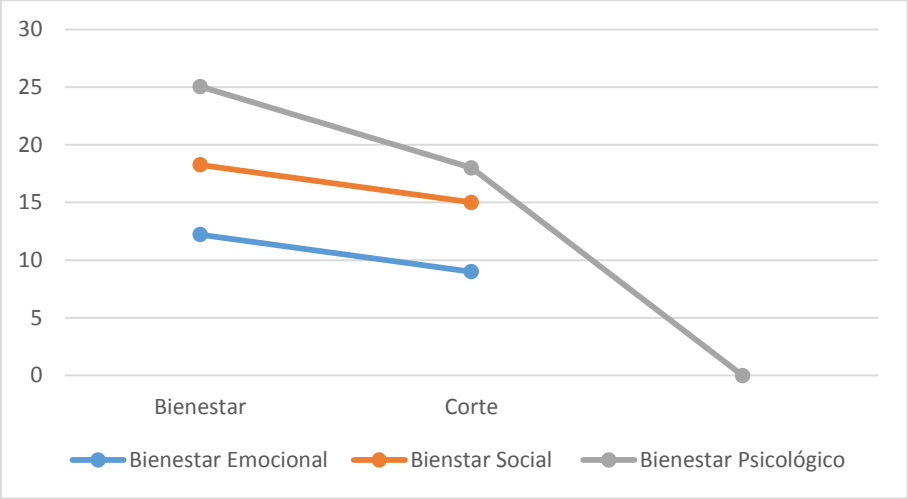


Gráfico 13 Representación gráfica de las dimensiones de Salud Mental en función con el género

En el gráfico 13 se observa que los resultados obtenidos de bienestar emocional, bienestar social y bienestar psicológico se encuentran por encima del punto de corte, lo cual nos indica que existe mayor bienestar en ambos sexos. Por otra parte, se menciona que tanto los hombres como las mujeres tienen una puntuación alta en bienestar psicológico y una puntuación menor en la dimensión de bienestar emocional.

Niveles y dimensiones de la salud mental positiva en función con la edad

La edad clasificada por etapas según Papalia, Feldman y Martorell (2013) la adultez comprende tres etapas: adultez temprana 20 a 40 años, adultez media 40 a 65 años y adultez tardía 66 años en adelante. Para identificar si existen diferencias entre estas variables se utilizó la prueba Anova de un factor (F) para establecer si constan o no diferencias significativas ($p < ,05$). El análisis de resultados que se muestran a continuación son las medias (M), las desviaciones típicas (Ds), de los participantes del área de traumatología.

Tabla 10
Resultados de los niveles y dimensiones de salud mental en función con la edad

Niveles		***Adultez Temprana***		***Adultez Intermedia***		***Adultez Tardía***			
		N=26		*N=28*		*N=16*			
Alto		*15*		*14*		*8*			
Medio		*11*		*14*		*8*			
Dimensiones	***Corte***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***F***	***p***
Bienestar emocional	9	12,76	2,15	2,35	3,00	11,12	2,77	1,936	0,635
Bienestar social	15	18,46	4,19	18,39	4,25	17,75	3,60	0,170	0,152
Bienestar psicológico	18	25,34	3,78	24,92	4,50	24,75	4,47	0,115	0,844
Global	42	56,57	8,86	55,67	10,59	53,62	9,60	0,458	0,892

Nota: *70 observaciones; M: media aritmética, Ds: desviación típica, F: Anova de un factor p: significancia*

En la tabla 10 se observa el análisis estadístico de los resultados de los niveles y las dimensiones de Salud Mental en función con la edad. En los niveles se encontró que la edad temprana tiene una puntuación de 15 en el nivel alto y 11 en el nivel medio, mientras que la edad tardía posee una puntuación de 8 en el nivel alto y 8 en el nivel medio. De igual forma ocurre en las dimensiones, es así que en la dimensión de Bienestar Emocional la Edad Temprana puntúa más alto con una media M= 12,76; desviación estándar Ds= 2,15; la Edad Intermedia tiene una media M= 12,35; desviación estándar Ds= 3,00 y la Edad Tardía puntúa menos con una media M= 11,12; desviación estándar Ds= 2,77.

De manera semejante ocurre en la dimensión de Bienestar Social la Edad Temprana puntúa más alto con una media M= 18,46; desviación estándar Ds= 4,19; la Edad Intermedia tiene una media M= 18,39; desviación estándar Ds= 4,25 y la Edad Tardía puntúa menos con una media M= 17,75; desviación estándar Ds= 3,60. Es así que el Bienestar Psicológico en la Edad Temprana puntúa más alto con una media M= 25,34; desviación estándar Ds= 3,78; la Edad Intermedia tiene una media M= 24,92; desviación estándar Ds= 4,50 y la Edad Tardía puntúa menos con una media M= 24,75; desviación estándar Ds= 4,47.

En lo que corresponde a la estimación global la edad temprana tiene una media M= 56,57; desviación estándar Ds= 8,86. La edad intermedia tiene una media M= 55,67; desviación estándar Ds= 10,59 y la edad tardía puntúa menos con una media M= 53,62; desviación estándar Ds= 9,60. No obstante, no se evidencian diferencias significativas (p>,05) entre estas variables. Sin embargo, cabe señalar de manera general que estos resultados demuestran altos niveles de salud mental en las personas con edad temprana.

Según Moyano y Ramos (2007) en su estudio realizado sobre el bienestar ,la adultez temprana obtuvo un puntaje alto debido a que en esta etapa las personas han cumplido con metas y objetivos individuales relacionados al ámbito académicos, empieza la inserción laboral, surge el reconocimiento de los demás y el crecimiento a nivel personal y profesional. Además, demuestran una apreciación más positiva sobre su felicidad. En el gráfico 14 que se encuentran a continuación se observa la distribución de los niveles de salud mental y en el gráfico 15 se observa la distribución de las medias de las tres dimensiones de la escala de Continuum y el punto de corte.

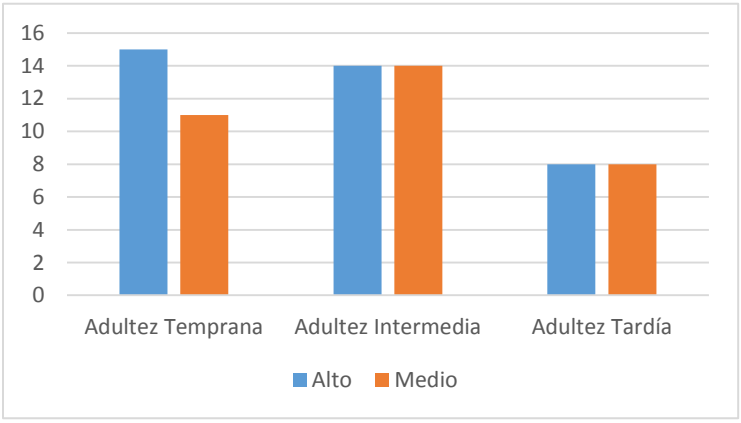


Gráfico 14 Representación gráfica de los Niveles de Salud Mental en función con la edad

En el gráfico 14 se observa los niveles de salud mental en función con la edad los resultados obtenidos muestran un nivel alto en la adultez temprana mientras que la adultez intermedia puntúa un nivel superior en el nivel medio de salud mental.

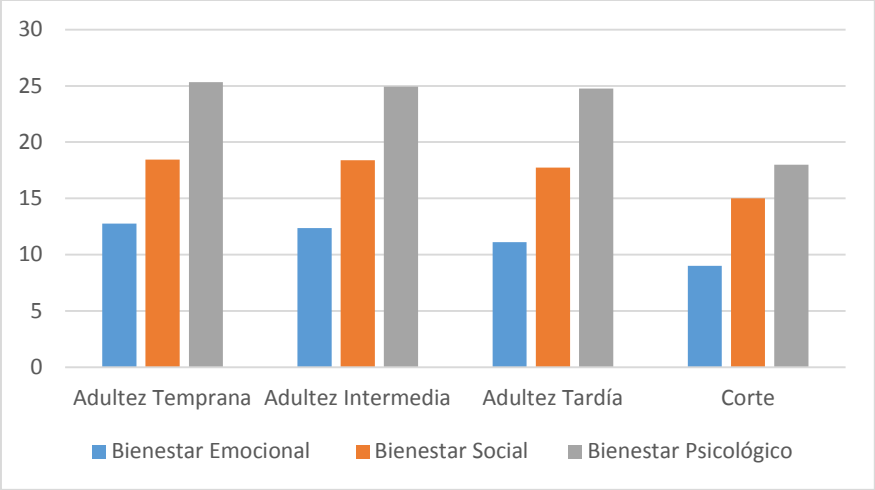


Gráfico 15 Representación gráfica de las dimensiones de Salud Mental en función con la edad

En el gráfico 15 se observa las dimensiones de salud mental en función con la edad los resultados obtenidos muestran que tanto en la adultez temprana, intermedia y tardía presentan un nivel superior de bienestar psicológico. Además, los resultados obtenidos de bienestar emocional, bienestar social y bienestar psicológico se encuentran por encima del punto de corte, lo cual nos indica que existe mayor bienestar en la adultez temprana, adultez intermedia y en la adultez tardía.

Niveles y dimensiones de la salud mental positiva en comparación con la ocupación

Para identificar si existen diferencias entre estas variables se utilizó la prueba de homogeneidad de varianzas el Test de Levene (F) continua con el estudio se utilizó la prueba t de student (t) para muestras independientes, para comparar las medias de los niveles y dimensiones en función con la ocupación y establecer si constan o no diferencias significativas ($p < ,05$). El análisis de resultados que se muestran a continuación son las medias (M), las desviaciones típicas (Ds), de los participantes del área de traumatología.

Tabla 11
Resultados de los niveles y dimensiones de salud mental en función con la ocupación

Niveles		***Trabaja***		***No Trabaja***			
		n=55		*n=15*			
Alto		*29*		*8*			
Medio		*26*		*7*			
Dimensiones	***Corte***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***F***	***t ; p***
Bienestar emocional	9	12,43	2,55	11,46	3,15	1,75	1,095; 0,287
Bienestar social	15	18,43	4,08	17,66	3,99	0,044	0,658; 0,517
Bienestar psicológico	18	25,21	3,68	24,40	5,79	**7,370**	0,519;0,610
Global	42	56,09	9,05	53,53	11,84	0,798	0,777; 0,447

Nota: *70 observaciones; M: media aritmética, Ds: desviación típica, F: Test de Leve; t: prueba t de student; p: significancia*

En la tabla 11 se observa el análisis estadístico de los resultados de los niveles y las dimensiones de Salud Mental en función con la ocupación, se encontró que las personas que trabajan poseen un índice superior en el nivel alto de salud mental n=29 y un nivel medio n= 26; mientras que las personas que no trabajan presentan una puntuación inferior en comparación con las personas que sí trabajan, las puntuaciones que presentan son en el nivel alto n=8 y un nivel medio n=7.

De igual forma ocurre en las dimensiones, debido a que las personas que trabajan tienen puntuaciones más altas, en el Bienestar Psicológico tienen una media M= 25,21; desviación estándar Ds= 3,68 mientras que las personas que no trabajan tienen una puntuación inferior M=24,40; desviación estándar Ds= 5,79, la dimensión que tiene valores inferiores es el Bienestar Emocional debido a que las personas que trabajan tienen una media M= 12,43; desviación estándar Ds= 2,55 mientras que las personas que no trabajan presentaron valores inferiores con una M= 11,46; desviación estándar Ds= 3,15.

En lo que corresponde a la estimación global las personas que trabajan puntuaron una media M= 56,09; desviación estándar Ds= 9,05 mientras que las personas que no trabajan obtuvieron una puntuación menor con una media M= 53,53; desviación estándar Ds=11,84. No obstante, no se evidencian diferencias significativas (p >,05) entre estas variables. Lo corroboran Moyano y Ramos (2007) en su estudio realizado sobre el bienestar, participaron 927 personas, las cuales trabajaban y estudiaban; comprendían entre 17 y 77 años los resultados que se obtuvieron de los participantes en esta investigación fueron que sus fuentes de felicidad y satisfacción con la vida en primer lugar se encuentra la familia y el trabajo.

En el gráfico 16 que se encuentran a continuación se observa la distribución de los niveles de salud mental en función a la ocupación y en el gráfico 17 se observa la distribución de las medias de las tres dimensiones se salud mental en función a la ocupación y el punto de corte.

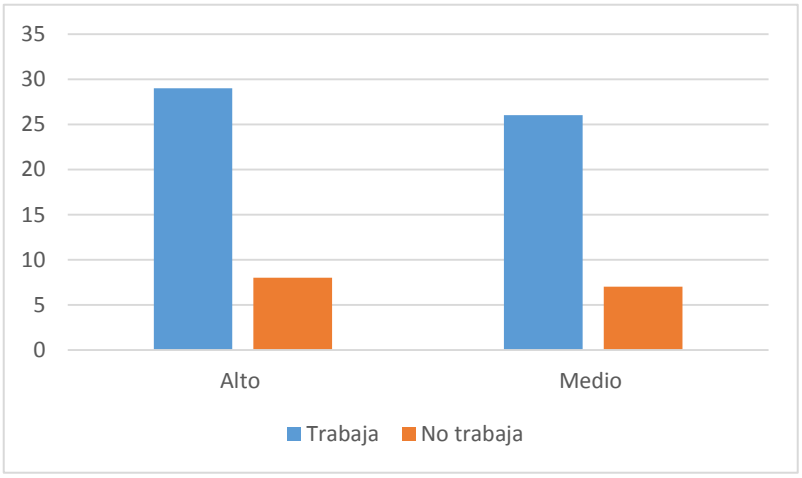


Gráfico 16 Representación gráfica de los niveles de Salud Mental en función con la ocupación

En el gráfico 16 se observa que los niveles de salud mental en función con la ocupación muestran que las personas que trabajan presentan valores superiores en los niveles de salud mental en comparación con las personas que no trabajan.

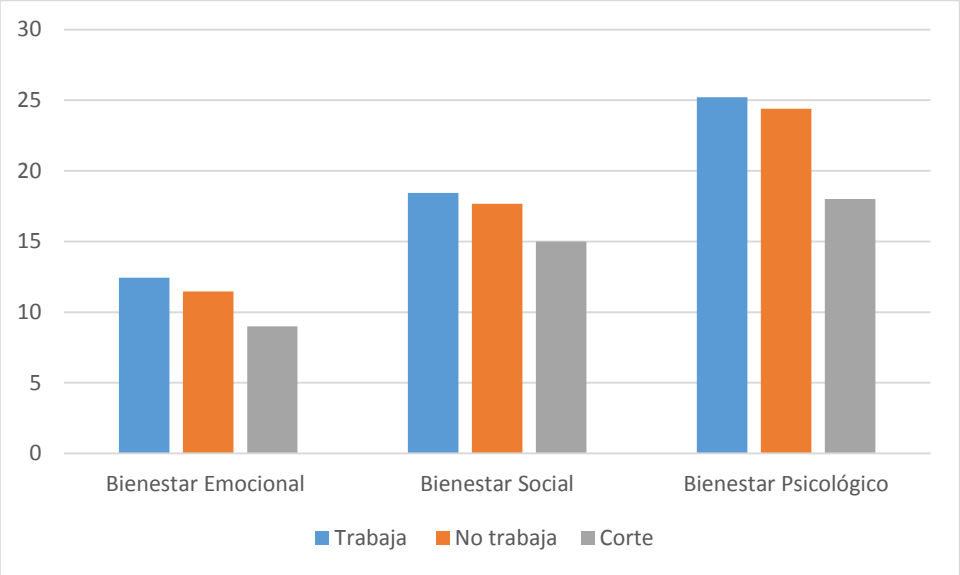


Gráfico 17 Representación gráfica de las dimensiones de Salud Mental en función con la ocupación

En el gráfico 17 se observa que las dimensiones de salud mental en función con la ocupación muestran que las personas que trabajan y no trabajan presentan valores superiores en el bienestar psicológico. Por otra parte, tanto el bienestar emocional, social y psicológico se encuentran por encima del punto de corte demuestra que los participantes tienen un alto nivel de bienestar.

Niveles y dimensiones de la salud mental positiva en función con el tipo de lesión

Para identificar si existen diferencias entre estas variables se utilizó la prueba Anova de un factor (F) para establecer si constan o no diferencias significativas ($p < ,05$). El análisis de resultados que se muestran a continuación son las medias (M), las desviaciones típicas (Ds), de los participantes del área de traumatología. (Ver tabla 12).

Tabla 12
Resultados de los niveles y dimensiones de salud mental en función con el tipo de lesión

Niveles		***Fractura***		***Esguince***		***Hernia***		***Luxación***		***Amputación***			
		n= 54		*n= 4*		*n= 9*		*n= 2*		*n= 1*			
Alto		*31*		*2*		*2*		*1*		*1*			
Medio		*23*		*2*		*7*		*1*		*0*			
Dimensiones	***Corte***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***M***	***Ds***	***F***	***p***
Bienestar Emocional	9	*12,48*	*2,64*	*12,00*	*3,55*	*10,33*	*2,54*	*13,00*	*0,00*	*15*	-	*1,587*	*0,188*
Bienestar Social	15	*18,57*	*3,93*	*18,50*	*6,45*	*16,33*	*3,46*	*15,50*	*0,70*	*24*	-	*1,358*	*0,258*
Bienestar Psicológico	18	*25,59*	*4,17*	*24,00*	*6,16*	*22,11*	*2,89*	*24,50*	*2,12*	*27*	-	*1,502*	*0,212*
Global	42	*56,64*	*9,43*	*54,50*	*15,54*	*48,77*	*7,17*	*53,00*	*2,82*	*66*	-	*1,676*	*0,166*

Nota: *70 observaciones; M: media aritmética, Ds: desviación típica, F: Anova de un factor, p: significancia*

En la tabla 12 se observa el análisis estadístico de los resultados de los niveles y las dimensiones de Salud Mental en función con el tipo de lesión. En los niveles se encontró que el tipo de las personas que presentaban una fractura tiene una puntuación de n=31 en el nivel alto y n=23 en el nivel medio, mientras que las personas que presentaban una amputación fue solo una que puntuó n=1 nivel alto.

De igual forma ocurre en las dimensiones, es así que en la dimensión de Bienestar Psicológico todos los tipos de lesión puntuaron más alto en esta dimensión con fractura con una media M= 25,59; desviación estándar Ds= 4,17, esguince con una media M= 24,00; desviación estándar Ds= 6,16, hernia con una media M= 22,11; desviación estándar Ds= 2,89, luxación con una media M= 24,50; desviación estándar Ds= 2,12 y amputación con una media M= 27 mientras que en la dimensión que obtuvieron un menor puntaje es en el Bienestar Emocional donde las personas con fractura tiene una media M= 12,48; desviación estándar Ds= 2,64 esguince con una media M= 12,00; desviación estándar Ds= 3,55, hernia con una media M= 10,33; desviación estándar Ds= 2,54, luxación con una media M= 13,00; desviación estándar Ds= 0,00 y amputación con una media M= 15.

En lo que corresponde a la estimación global del tiempo de lesión fractura tiene una media M= 56,54; desviación estándar Ds= 9,43 esguince con una media M= 54,50; desviación estándar Ds= 15,54, hernia con una media M= 48,77; desviación estándar Ds= 7,17, luxación con una media M= 53,00; desviación estándar Ds= 2,82 y amputación con una media M= 66. No obstante, no se evidencian diferencias significativas ($p > ,05$) entre estas variables. Se concluye que la variable tipo de lesión tiene valores altos de bienestar psicológico y valores menores de bienestar emocional.

En el gráfico 18 que se encuentran a continuación se observa la distribución de los niveles de salud mental en función al tipo de lesión y en el gráfico 19 se observa la distribución de las medias de las tres dimensiones se salud mental en función al tipo de lesión y el punto de corte.

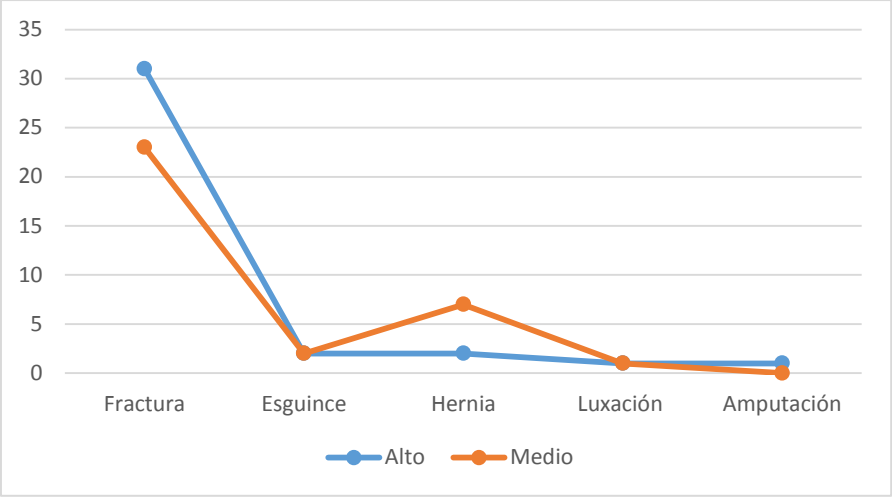


Gráfico 18 Representación gráfica de los Niveles de Salud Mental en función con el tipo de lesión

En el gráfico 18 se observa que los niveles de salud mental en función con el tipo de lesión muestran que las personas que presentan una fractura tienen valores superiores en los niveles de salud mental y las personas que presentaban una hernia tienen valores predominantes en el nivel de salud medio.

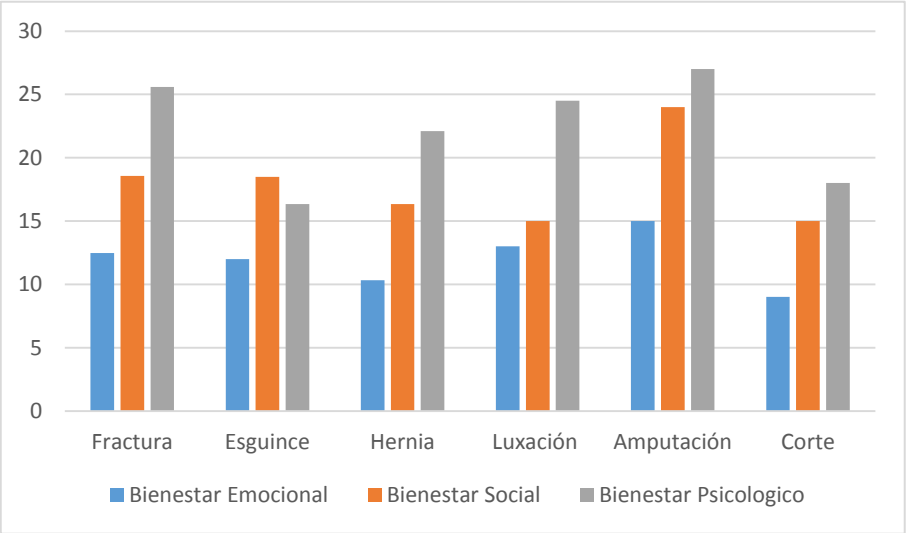


Gráfico 19 Representación gráfica de las Dimensiones de Salud Mental en función con el tipo de lesión

En el gráfico 19 se observa que las dimensiones de salud mental en función con el tipo de lesión muestran que las medias del tipo de lesión se encuentran sobre el punto de corte, lo cual indica que existe un mayor bienestar en ambos grupos. Sin embargo, no hallaron diferencias estadísticas entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

- La fundamentación teórica, desde las diferentes perspectivas de los autores es que la salud mental, está íntimamente relacionada con el bienestar: emocional, social y psicológico. De igual forma el bienestar, interviene de manera directa en la categorización de niveles altos y moderados de salud mental en los pacientes de traumatología.
- Mediante la aplicación de la Escala de Contínuum de Salud Mental, se evaluó en el análisis descriptivo que las condiciones de salud mental en los pacientes internados en el área de traumatología presentan altos niveles de salud mental positiva, por otra parte, no existieron personas dentro del estudio que tengan un nivel de salud mental bajo.
- Mediante la aplicación de la Escala de Contínuum de Salud Mental, se identificó en el análisis descriptivo que el grupo de pacientes internados en el área de traumatología se encuentra sobre el punto de corte en las siguientes dimensiones: bienestar psicológico, emocional y social.
- Los resultados en comparación con el género, existe un mayor predominio de personas del sexo masculino, las cuales presentaron altos niveles de salud mental; mientras que las mujeres presentaron un nivel medio de salud mental. En función con la edad los resultados muestran un nivel alto en la adultez temprana; mientras que la adultez intermedia puntúa un nivel medio de salud mental. Con la ocupación muestran que las personas que trabajan presentan valores superiores en los niveles de salud mental en comparación con las personas que no trabajan. En función con el tipo de lesión muestran que las personas que presentan una fractura tienen valores superiores en los niveles de salud mental y las personas que presentaban una hernia tienen valores predominantes en el nivel de salud medio.

RECOMENDACIONES

- Con la importancia de la salud mental positiva, requiere de la realización de estudios, que permitan conocer los estados actuales de salud mental en diferentes tipos de poblaciones, debido a que existen escasas investigaciones realizadas en el país.
- Se recomienda que, para futuras investigaciones sobre el estado de salud mental, se evalúe una población que tenga igual número de participantes hombres y mujeres, con la finalidad de contrastar, si en una población similar existen diferencias significativas sobre los niveles de salud mental.
- Se recomienda qué para futuros proyectos de investigación, se investigue aspectos de calidad de vida en pacientes del área de traumatología; y, se tome en cuenta los aspectos de confianza, expresión emocional, además la percepción del estado de salud física de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Almedom, A., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, *12*(2), 127-143. https://doi.org/10.1080/15325020600945962

Altamirano, F., Torres, J., Salas, N., & Vélez, C. (2017). La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Revista colombiana de psiquiatría*, *46*(3), 154-160. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2016.07.001

Behar, D. (2008). *Metodología de la Investigación* (Shalom). Argentina.

Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la Investigación Educativa* (La Muralla). Madrid.

Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social : su concepto y medición. *Psicothema*, *17*(4), 582-589.

Buelvas, F., & Amarís, M. (2010). Comprensión del bienestar en una persona desplazada por la violencia sociopolítica. *Psicología desde el caribe*, *26*, 156-177.

Camargo, J., Castañeda, J., & Castillo, J. (2018). Sentido de vida y salud mental en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. En J. Camargo, J. Castañeda, & J. Castillo (Eds.), *I Congreso Internacional* (pp. 1-12). Miami- Florida.

Carmona, L., Rozo, C., & Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Rev. Cienc. Salud*, *3*(1), 62-77. https://doi.org/http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v3n1/v3n1a7.pdf

Deci, E., & Ryan, R. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227-268. https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.1992.32192116425.x

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, *3*, 67-113.

García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En claves del pensamiento*, *8*(16), 13-29.

Guil, R., Zayas, A., Gil-olarte, P., Guerrero, C., González, S., & Mestre, M. (2016). Bienestar psicológico , optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *PSICOONCOLOGÍA*, *13*(1), 127-138. https://doi.org/10.5209/rev

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodoligía de la investigación*. *Metodoligía de la investigación* (The McGraw, Vol. 5). México.

Heylighen, F. (1992). Evolution, Selfishness and Cooperation. *Journal of Ideas Heylighen F. Journal of Ideas*, *2*(4), 70-76. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2563

Houtman, I., & Kompier, M. (1995). Risk factors and occupational risk groups for work stressin the Netherlands. En *En Sauter, S. & Murphy, L. Organization Risk Factors for Job Stress* (American P, p. (pag. Sauter, S y Murphy, L.)). Washington: American Psychological Association.

Hurtado, J. (2000). *Metodología de la Investigación Holística* (Fundación). Caracas.

Jahoda, M. (1958). Current concept of positive mental health. New York : Basic Book.

Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539-548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007-1022. https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007

López, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa* (Creative C). Barcelona. Recuperado de https://ddd.uab.cat/record/129382

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.

Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, *2*(22), 184-200.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_es.pdf

Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2013). *Desarollo Humano* (McGraw-Hil). España.

Peña, E., Lima, S., Bueno, G., Aguilar, M., Keyes, C., & Arias, W. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian contexts, *11*(2), 223-232. https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499

Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum – Short Form (MHC – SF) as a Measure of Well-Being in the Italian Context, 291-312. https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3

Rincón, Á., Rocha, A., López, A., & Martínez, W. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con lesiones de manguito rotador , Eje Cafetero , Colombia , 2013. *Revista Brasileira de Ortopedia*, *53*(3), 364-372. https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.05.020

Roberts, G., & Grimes, K. (2011). *Return on Investment Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Recuperado de https://www.cpa.ca/docs/File/Practice/roi_mental_health_report_en.pdf

Rogers, C. (1963). *Actualizing tendency in relation to «motives» and to «consciousness»*. *Nebraska symposium on motivation.* Lincoln: University of Nebraska Press.

Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081.

Sartorious, N. (2003). Social Capital And Mental Health. *Current Opinions in Psychiatry*, *16*, S101-S105.

Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied psycholoyOLOGY: AN INTERNATIONAL REVIEW*, (57), 3-18. https://doi.org/doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x

Toribio, L., González, N., Oudhof, Barneveld, H., & Gil, M. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos : diferencias por sexo Positive Mental Health in Mexican Adolescents : Differences by Sex. *Revista Costarricense de Psicología*, *37*(2), 131-143. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03

Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: Del síntoma al bienestar. *Psicología Positiva Aplicada*, 17-39. Recuperado de http://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-18-8-SALUD MENTAL POSITIVA.pdf

Vera, P., Silva, J., Celis, K., & Pavez, P. (2014). Evaluation of the SF-12: usefulness of the mental health scale. *Revista medica de Chile*, *142*(10), 1275-1283. https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007

Waterman, A. S. (2016). Two Conceptions of Happiness : Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment Two Conceptions of Happiness : Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment, (March 1993). https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678

World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health*

Organization. En Official records of the World Health Organization (Vol. II). Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. *First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, November 1986. https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405

Yañez, S., & Cardenas, M. (2010). Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud y Sociedad, 1*(1), 51-70.

ANEXO 1

Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Tema de investigación: *"El estado de salud mental en pacientes internados en el área de traumatología en los hospitales de la ciudad de Ambato".*

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

DATOS PERSONALES				
1. Género				
Hombre ( )		Mujer ( )		
2. Edad:……..				
3. Estado Civil				
Soltero ( )	Casado ( )	Divorciado ( )	Viudo ( )	Unión libre ( )
4. Instrucción				
Primaria ( )	Secundaria ( )	Superior ( )		
5. Ocupación:…….				
6. Sector del domicilio				
Urbano ( )		Rural ( )		
7. Situación socio-económica familiar				
Muy buena ( )	Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )	
8. ¿Con quién vive actualmente?:……..				
9. Siente que sus familiares le apoyan en su estado de salud actual				
Si ( )		No ( )		
10. ¿Quién está a cargo de sus cuidados?:……				
11. Tiempo de hospitalización:…….				
12. ¿Qué tipo de lesión presenta?				
Factura ( )				
Luxación (debida a la descolocación de las articulaciones que unen a los huesos, dicha lesión deforma e inmoviliza a la parte afecta) ( )				
Amputaciones ( )				
Esguince (es una lesión ligamentosa que va desde una distención hasta una ruptura parcial o total) ( )				
Osteomielitis (es una infección que ataca al hueso) ( )				
Otra ( ) ¿Cuál?.....				
13. Actualmente frente a ésta situación siente que su estado del ánimo es				
Muy bueno ( )	Bueno ( )	Regular ( )	Malo ( )	
14. Actualmente asiste a rehabilitación				
Si ( )		No ( )		
En caso de ser afirmativa cuanto tiempo				
1-2veces por semana ( )	3-4 veces por semana ( )	5-6 veces por semana ( )	7 veces por semana ( )	

REVISE LOS ÍTEMS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Mental Health Continuum Short Form (MHC - SF) Keyes, C.

Versión español, validación ecuatoriana*; *Eva Karina Peña Contreras, Sandra Eugenia Lima Castro, Gladys Alexandra Bueno Pacheco, Mónica Elisa Aguilar Sizer,Corey Lee M. Keyes, William Paúl Arias Medina, (2017).

Por favor conteste a las siguientes preguntas según como se ha sentido. Usted durante el último mes. Encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta:
1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre:

CON QUE FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO MES:

1. Me he sentido alegre.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

2. Me he sentido interesado en la vida.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

3. Me he sentido satisfecho con la vida.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

4. He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

5. He sentido que pertenezco a una comunidad (a un grupo social como la escuela o el vecindario, etc.).

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

6. He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

7. He sentido que las personas son buenas.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

8. He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

9. He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

10. He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

11. He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

12. Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

13. Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

14. He sentido que mi vida tiene propósito y sentido.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. Sra. Srta.

_____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2018. La presente investigación es realizada por la estudiante de décimo semestre Cristina Elizabeth López Proaño PSC-613 y dirigida por la Psc. Catherine Nataly Shuguli, Mg. docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Esta investigación lleva por título: ***"El estado de salud mental en pacientes internados en el área de traumatología en los hospitales de la ciudad de Ambato".*** El objetivo de esta investigación es determinar el estado actual de salud mental bajo tres factores el bienestar psicológico, emocional y social en pacientes internados en el área de traumatología en los hospitales de la ciudad de Ambato

En esta carta se solicita a más de su consentimiento para participar en esta investigación, usar la información obtenida con fines científicos. En el caso de su aceptación, tendrá que llenar una ficha de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición. La participación será anónima y el nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará a sus nombres. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo.

Por último, si consciente la participación, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o diríjala al director de esta investigación.

☐ Autorizo que se realice la evaluación para la investigación propuesta.

_____ _____

Firma de participante Investigadora Responsable

Cédula de ciudadanía										