



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**RELACIÓN DE LA AUTOEFICACIA GENERAL Y ACADÉMICA CON LA
SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE
AMBATO**

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

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autor:

Doménica Salomé Villafuerte Salazar

Director,

Psic. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ms.

Ambato – Ecuador

Febrero 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

RELACIÓN DE LA AUTOEFICACIA GENERAL Y ACADÉMICA CON LA SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE AMBATO

Línea de Investigación:

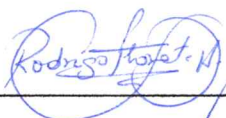
Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autor:

Doménica Salomé Villafuerte Salazar

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. Ms.

CALIFICADOR

f. 


Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Ps. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Catherine Nataly Shugulí Zambrano, Ps.
Mg.

CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, PhD.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

**SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA**

Ambato - Ecuador

Febrero 2022

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **DOMÉNICA SALOMÉ VILLAFUERTE SALAZAR**, con CC. **185030817-0** autora del trabajo de graduación intitulado: “RELACIÓN DE LA AUTOEFICACIA GENERAL Y ACADÉMICA CON LA SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE AMBATO” previo 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 en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia de 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 de autor.

2.-Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, febrero 2022



VILLAFUERTE SALAZAR DOMÉNICA SALOMÉ

CC. 185030817-0

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme bendecido durante la trayectoria académica, por ser la razón principal de mi ser y existencia. Además, a mi abuelito César quien hoy es un ángel hermoso en el cielo, que en vida me brindó la oportunidad de crecer tanto personal como académicamente, por creer en mí y potenciar aquellas virtudes que no sabía que tenía. También, a mi otro ángel, Andrés B., quien no solo fue mi compañero de clase sino, también, mi compañero de aventuras y novio, por acompañarme siempre en los momentos más difíciles y cruciales durante la carrera. Además, a mis padres, hermanas y sobrinos por su paciencia y amor.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado a la memoria de Andrés B., quien partió antes de lo esperado... por ser quien me motivó y apoyó cada día. Mediante este proyecto quiero plasmar nuestro esfuerzo que, aunque físicamente no está, en mi mente y corazón siempre estuvo alentándome para terminar lo que empezó siendo un sueño.

RESUMEN

El objetivo central de este proyecto es determinar la existencia o no de la relación entre la salud mental con la autoeficacia general y académica en estudiantes universitarios de la ciudad de Ambato. Para lograrlo se usó un método cuantitativo descriptivo y correlacional de corte transversal. La muestra fue de 394 universitarios con una media de edad de 21,97 años, compuesta de 272 fueron hombres (69%) y 122 mujeres (31%), a quienes se les aplicó cuatro cuestionarios: Escala de Autoeficacia Académica (EAG), la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA), el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) y la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF). Los resultados alcanzados demuestran que la significación asintótica (bilateral) es menor al nivel de significancia (5%) en todas las correlaciones planeadas, en el proceso de validación se hallaron evidencias estadísticas aptas para responder satisfactoriamente la pregunta de investigación. Por tanto, la autoeficacia general y académica influyen en la salud mental de los universitarios de la ciudad de Ambato.

Palabras clave: Autoeficacia, autoeficacia académica y salud mental.

ABSTRACT

The main objective of this project is to know the existence or not of the relationship between mental health and general and academic self-efficacy in university students from the city of Ambato. To achieve this, a cross-sectional descriptive and correlational quantitative method was used. The sample consisted of 394 university students with a mean age of 21.97 years and made up of 272 were men (69%) and 122 women (31%), to whom four questionnaires were applied: Academic Self-Efficacy Scale (EAG), the Scale of Perceived Specific Self-Efficacy of Academic Situations (EAPESA), the Goldberg Questionnaire of General Health of 28 items (GHQ-28) and the Scale of the Continuum of Mental Health (MHC-SF). The results obtained show that the asymptotic (bilateral) significance is less than the significance level (5%) in all the planned correlations. In the validation process, statistical evidences were found to satisfactorily answer the research question. Therefore, general and academic self-efficacy influence the mental health of university students in the city of Ambato.

Keywords: Self-efficacy, academic self-efficacy and mental health.

ÍNDICE

PRELIMINARES

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	12
Antecedentes teóricos y prácticos	14
Situación problemática y planteamiento del problema	16
Objetivo General.	17
Objetivos Específicos	18
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	20
1.1. Autoeficacia	20
1.1.1. Antecedentes Conceptuales e Históricos del Término Autoeficacia	20
1.1.2. Definición de Autoeficacia	21
1.1.3. Factores formativos y fuentes de la Autoeficacia	24
1.1.4. Expectativas de la Autoeficacia	25
1.1.5. Dimensiones y componentes de la Autoeficacia	25
1.1.6. Modelo explicativo de Autoeficacia	26
1.2. Autoeficacia Académica	27
1.3. Salud Mental	29
1.3.1. Definición general de Salud Mental	29
1.3.2. Aproximación conceptual	30
1.3.3. Indicadores de Salud Mental	31
1.3.4. Bienestar subjetivo y salud mental	33

1.3.5. Bienestar psicológico y salud mental	34
1.3.6. Factores de influencia.....	36
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	40
2.4. Procedimiento.....	58
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	60
Hipótesis de investigación.....	62
Metodología para la validación de la hipótesis.....	63
Hipótesis estadísticas	63
Nivel de significancia y regla de decisión	64
Cálculo.....	64
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de la fiabilidad de la Escala de Autoeficacia Académica (EAG).....	46
Tabla 2. Análisis de la fiabilidad de la Escala de Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas (EAPESA).....	47
Tabla 3. Análisis de la confiabilidad del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).....	49
Tabla 4. Análisis de fiabilidad de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)...	50
Tabla 5. Análisis estadístico de variables personales	52
Tabla 6. Análisis estadístico de las variables personales	55
Tabla 7. Análisis estadístico de las variables de salud	56
Tabla 8. Análisis estadístico de las variables académicas	57
Tabla 9. Análisis estadístico de las variables socioeconómicas y laborales.....	58
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las escalas EAG y EAPESA	60
Tabla 11. Análisis estadístico del General Health Questionnaire (GHQ 28)	61
Tabla 12. Análisis estadístico de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)....	62
Tabla 13. Resultados de la prueba de normalidad.....	63
Tabla 14. Análisis de correlación de Spearman.....	65
Tabla 15. Análisis correlacional de Autoeficacia General con las dimensiones del GHQ.....	68
Tabla 16. Análisis correlacional de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica en Situaciones Académicas con las dimensiones del GHQ.....	68
Tabla 17. Análisis correlacional de la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas con la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF).....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Modelo de la Teoría de la Autoeficacia tomado de Bandura (1989).	27
Gráfico 2. Ruta para el cálculo de la correlación	64
Gráfico 3. Configuración del cálculo del coeficiente de Spearman.....	65
Gráfico 4. Ruta para el cálculo de la correlación	67
Gráfico 5. Configuración del cálculo del coeficiente de Pearson.....	67

INTRODUCCIÓN

El concepto de autoeficacia se ha convertido en uno de los mayores intereses de la psicología, su estudio y entendimiento ayuda al desarrollo de nuevas propuestas para el entendimiento integral del ser humano. El pionero en cristalizar dicho término fue Albert Bandura en 1977, su interés por mostrar que existen distintos factores que regulan al ser humano, planteó que existe una retroalimentación positiva entre cognición, afecto y conducta. En su recorrido como investigador, Bandura logró consolidar a la *autoeficacia* como uno de los ejes principales en su teoría Sociocognitiva, pues dentro de esta los procesos mentales juegan un papel primordial en el aprendizaje dentro de un ambiente determinado.

Dicho autor sostenía que la autoeficacia media entre la motivación y el pensamiento autorreferente, dicho pensamiento necesita ser consecuente con los pensamientos, afectos y conductas del sujeto para que sus conductas sean adaptativas en cuanto a sus propias exigencias y el entorno que lo rodea (Covarrubias & Mendoza, 2015). Los seres humanos son seres sociales que están en constante cambio y adaptación, para ello necesitan tener un bagaje de herramientas y recursos para enfrentarse a las distintas circunstancias que se les presenten, es por ello que la autoeficacia es importante en cuanto al desempeño y toma de decisiones las cuales repercutirán en un futuro, es decir, la autoeficacia es aquella percepción que tienen los sujetos de sí mismos en cuanto a las habilidades que poseen para realizar una acción, esta depende de su nivel de autoconocimiento y niveles de confianza para que dicha ejecución sea satisfactoria o no.

En cuanto a la autoeficacia académica, como su nombre refiere está dirigido a la percepción que tiene el estudiante sobre las propias capacidades que posee para elaborar una tarea escolar, misma que influye en la motivación y el desempeño de trabajos en el futuro. Como se mencionó anteriormente, la motivación es crucial para que los estudiantes se involucren en tareas que requieren cierto grado de dificultad, pues según la investigación realizada en 1988 por Elliott y Dweck (citado en García-Fernández et al, 2010), mencionan que existen dos razones por las cuales los estudiantes se inmiscuyen dentro del ámbito académico, dichas son: metas de aprendizaje y metas de rendimiento. Dichos autores plantean en base a su

investigación que existe interrelación entre la motivación y selección de meta, pues un sujeto que se muestra más persistente cuando traza como meta aprender a pesar de que los resultados hayan sido negativos.

Por otra parte, los individuos enfocados hacia la meta de rendimiento específicamente los que tienen altas expectativas de autoeficacia son perseverantes al realizar sus tareas, mientras que aquellos que poseen una pobre percepción de autoeficacia suelen evadir actividades que se les dificultó ejecutar, mismas que causaron displacer (García-Fernández et al, 2010). Es decir, si un individuo asume tiene las competencias necesarias para superar cualquier obstáculo o tarea que se proponga se realiza sin problema pues cree contar con las herramientas suficientes para enfrentarla a pesar de los resultados, en cambio una persona con predisposición negativa hacia una actividad difícilmente la va a culminar o realizar por creer que no lo va a lograr lo cual influye en la consecución de la tarea.

Otra de las variables tomadas en cuenta es la salud mental. Para entrar en contexto se empieza por definir el término *salud*, aunque su conceptualización es variable y depende de la cultura o región en la que se interprete, según Gavidia y Talavera (2012) conciben a la salud como “la ausencia de enfermedades e invalideces” (p. 165). La salud puede ser entendida desde muchas perspectivas pues depende del contexto social en el que se lo asocie, pues es un término dinámico y cambiante que evoluciona a través del tiempo. Otro concepto sobre *salud* planteada por la OMS (1961) citado en Bertolote (2008) es “un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” (p. 114). La *salud mental* es uno de los ejes primordiales para que el ser humano se desenvuelva y cumpla satisfactoriamente su rol en la sociedad y en la realización personal.

En el primer capítulo se analiza las variables a estudiar. La primera es la autoeficacia, la cual, fue conceptualizada por varios autores a lo largo de la historia, los más influyentes fueron Rotter con su ensayo locus de control interno y externo, y Bandura con su investigación sobre la teoría de la autoeficacia. Acuñado a la primera variable se encuentra la autoeficacia académica desarrollada y profundizada por Bandura y otros autores. Como última variable de esta investigación tenemos la salud mental, tema que dentro del mundo científico no se ha llegado a consensuar. Sin embargo, el concepto que más aceptación ha

logrado tener es la de la OMS. Entre sus componentes teóricos destaca la historia de la salud mental, bienestar psicológico, entre otros.

En el segundo capítulo se detalla la metodología utilizada en la investigación, el enfoque del estudio, los instrumentos, la muestra y el proceso que se realizó para obtener los objetivos anteriormente planteados. A partir de un análisis descriptivo correlacional de corte transversal. Los instrumentos aplicados fueron: consentimiento informado, ficha sociodemográfica, Escala de Autoeficacia General (EAG) que mide las habilidades que posee una persona para enfrentar un ambiente estresor. Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA) la cual evalúa las competencias del estudiante en un ámbito académico. Continuum de Salud Mental (MHC-SF) capaz de medir la salud mental, es decir, contexto social, afecto positivo y desarrollo personal. Por último, el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) para Brabete (2014), “es una medida eficaz de tamizaje para evaluar el bienestar psicológico y detectar problemas psiquiátricos no psicóticos en personas rumanas” (p. 11).

Antecedentes teóricos y prácticos

Los estudios sobre la Autoeficacia General y Académica en estudiantes universitarios se han desarrollado durante las últimas décadas; así como sobre la Salud Mental. Varios estudios han mencionado la importancia que tienen de manera independiente cada una de ellas. Entre los principales estudios se destacan los siguientes:

En una investigación realizada con una muestra de 131 estudiantes, Jiménez (2018), determinó la existencia de una relación significativa de carácter inversamente proporcional entre las variables autoeficacia académica y barreras para la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental. Esta investigación se llevó a cabo en Lima-Perú.

En el estudio de Delgado y otros (2019), se buscó establecer la relación existente entre la autoeficacia académica y la inteligencia emocional con el éxito académico para lograrlo decidieron trabajar con una muestra de 573 participantes. En el estudio se halló estas variables estaban significativamente relacionadas.

Por otra parte, en el trabajo de Domínguez-Lara (2016), se encontró la existencia de una correlación significativa entre las variables autoeficacia académica percibida y las estrategias Orientación a la tarea y Evitación. Para lograr esto realizaron su investigación con una muestra de 208 estudiantes. Otro de los resultados que resaltan en este estudio es que los estudiantes con un nivel más alto de autoeficacia académica son propensos a buscar estrategias que les ayude a controlar la situación previa al examen.

En la investigación realizada por Pillado y Almagiá (2018), sobre la relación de la autoeficacia y el apoyo social percibido con bienestar psicológico y sus dimensiones en estudiantes universitarios asmáticos. La muestra para este estudio fue de 120 estudiantes universitarios con asma de una ciudad de Chile. Como resultado se obtuvo que la autoeficacia mostraba mayor relación con el bienestar psicológico y sus dimensiones que el apoyo social percibido. Al diferenciar los participantes con mayor y menor percepción de limitaciones asociadas a su condición asmática se halló que la única diferencia significativa se presentaba en la autoeficacia.

En el estudio de Chau y Vilela (2017), se encontró en una muestra de 1,024 estudiantes de Lima y Huánuco, que el estilo de afrontamiento evitativo, el estrés, el centro de estudios y el área interpersonal predicen la salud mental.

En la investigación realizada por Lemos et al (2018), sobre los niveles de estrés, salud mental y su relación con variables psicológicas, fisiológicas y de educación en estudiantes universitarios de medicina de Colombia. Fue de corte transversal, con una población de 217 personas. Se encontró que la prevalencia de estrés y trastornos emocionales en alumnos de medicina es sustancial, pues el ser mujer, además, de pertenecer al período inicial, no hacer actividades fuera del horario de clase, bajos niveles en la resolución de conflictos, puntuaciones elevadas en reacción agresiva y expresión de dificultad de afrontamiento son indicadores de riesgo.

En el trabajo realizado por Escuderos y otros (2017), con las variables síndrome de burnout académico y salud mental se buscó identificar cual era la relación de la una con la otra. Donde se encontró que la ineficacia se incrementaba con un mayor agotamiento, cinismo.

Además, se determinó que existe una relación directamente proporcional entre la severidad del nivel de burnout y los problemas de salud mental.

Por otro lado, el trabajo realizado por Perales *et al.* (2019), sobre la Salud Mental en estudiantes de pregrado, donde tuvo el objetivo de evaluar las diferencias entre la frecuencia de problemas de Salud Mental entre estudiantes universitarios de primer año. El estudio fue de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 1700 estudiantes. De acuerdo con los resultados obtenidos existen problemas de salud mental significativos en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

De manera general, los estudios muestran la capacidad de la Autoeficacia General y Académica y Salud Mental de correlacionarse con otras variables como: inteligencia emocional, éxito académico, estrategias de afrontamiento, estrés, apoyo social percibido, entre otros. Lo revisado muestra lo importante del trabajo sobre esta línea de investigación y en especial en población ecuatoriana de la que sus estudios son escasos.

Situación problemática y planteamiento del problema

A partir de observaciones preliminares realizadas en un grupo de estudiantes universitarios se evidencian los siguientes fenómenos. En primer lugar, se encuentran dificultades, tales como: no alcance de objetivos, sentimientos de incapacidad, planificación inadecuada, desorganización general. Lo que se asemeja a un problema de Autoeficacia en los estudiantes. La Autoeficacia es un concepto propuesto por Bandura en 1977, es entendida como la motivación humana que influye en la manera de sentir, pensar y actuar de las personas; el individuo valora si los resultados de sus acciones fueron óptimos, y las contrasta con la efectividad observada en los demás (Veliz-Burgos, Urquijo, 2012, p. 132). Es decir, la autoeficacia hace alusión a la autopercepción que tienen las personas para realizar actividades de manera productiva y lograr sus objetivos. En cuanto a la autoeficacia académica, es la motivación y autopercepción del estudiante acerca de su desenvolvimiento en tareas académicas (Elias, Loomis, 2002). La deficiencia en la autoeficacia provoca conflictos tanto en el rendimiento y en las habilidades que se necesitan para realizar

actividades, afecta a la productividad, a la motivación y el alcance de objetivos, lo que causa desgaste psíquico en las personas.

También, en este mismo grupo de estudiantes se observa otros indicadores como la deficiencia en la autonomía, frustración, baja tolerancia al estrés de la vida, contribución social limitada, malos hábitos, síntomas somáticos, alteración en la autorregulación de emociones, otros. Al parecer este cuadro de indicadores se asemeja a un problema de Salud Mental en los estudiantes. La salud mental, según la OMS (2006) es el estado de bienestar que permite a cada individuo desempeñarse en actividades de la vida cotidiana, realizar su potencial, trabajar productivamente y enfrentarse a las adversidades usuales de la vida (Rondón, p. 237). Al existir problemas de salud mental, las personas mostrarían incapacidad para desarrollarse de manera satisfactoria, además, de la imposibilidad de construir planes a futuro y lograr metas.

La salud mental es necesaria para el bienestar general de los individuos y para su desempeño en sus actividades cotidianas, sin embargo, al encontrarse afectada existen conflictos a nivel de la motivación y realización de tareas y metas, es decir, repercute en la Autoeficacia de las personas. La autoeficacia se considera como uno de los ejes más importantes dentro de la psicología de la salud, incide tanto en reforzamiento de conductas saludables y su iniciación (Reyes y Hernández, 2011). Se presume que estas dificultades en la salud mental afectarían de manera directa en los estudiantes.

Al tener en cuenta la información recopilada y mediante las observaciones, se plantea la hipótesis de si existe o no relación de la autoeficacia general y autoeficacia académica con la salud mental en estudiantes universitarios de la ciudad de Ambato. Al ser una hipótesis, está sujeta a comprobación, la cual, se la va a lograr mediante el planteamiento de los objetivos expuestos a continuación:

Objetivo General.

Determinar la relación existente entre la autoeficacia general y académica con la salud mental en estudiantes universitarios de la ciudad de Ambato.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con la autoeficacia y la salud mental en estudiantes universitarios.
2. Diagnosticar las condiciones actuales sobre la autoeficacia y la salud mental en la muestra previamente establecida.
3. Realizar un análisis correlacional entre los resultados obtenidos de la evaluación de la autoeficacia y salud mental en estudiantes universitarios.
4. Elaborar un informe de investigación final con los resultados alcanzados

Para corroborar esta hipótesis y verificar que sucede en la población encontrada, se trabaja con un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal no experimental entre la autoeficacia general, académica en la salud mental de los estudiantes universitarios y determinar así la existencia o no de correlación.

Justificación

Se considera que esta investigación es importante, puesto que actualmente no existen muchos estudios acerca de estas variables en población ecuatoriana, pero, asimismo, se considera un reto para los lectores diferenciar que estudios tienen rigor y cuáles no. Realizar estudios cuantitativos permiten a los demás, mediante el uso de herramientas confiables, validadas y estandarizadas, corroborar la información teórica que se brinda en la investigación, y así, pasar de lo teórico a lo práctico y tangible. El tema selecto acerca de jóvenes universitarios con respecto a su percepción de eficacia y salud mental es de alto interés, porque permite conocer acerca de cuáles son los factores que influyen o no en una alta o baja expectativa en cuanto a su rendimiento en la vida diaria, y en específico en el área académica, así como, también, sobre las herramientas psicológicas que posee el sujeto para enfrentar situaciones estresantes y que pongan en riesgo su estabilidad.

Se espera que, a raíz de los resultados que se desprendan de la investigación, futuros investigadores se interesen por desarrollar estudios similares se relacione estas variables con

otras con el fin de surtir el material bibliográfico, se tome en cuenta que se usarían instrumentos aptos para el contexto de interés.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Autoeficacia

1.1.1. Antecedentes Conceptuales e Históricos del Término Autoeficacia

El ser humano a lo largo de su evolución y crecimiento ha desarrollado uno de los procesos importantes como el aprendizaje. Este es agremiado como el procedimiento para adquirir conocimiento o información con respecto a algo, así la capacidad de obtener conductas y destrezas nuevas, mismas que formarán parte del registro del sistema del individuo, pero existirían cambios en la permanencia o no de dichos comportamientos (Domjan, 2002). Por lo tanto, lo que se aprende es esencial, toda vez que el sujeto se desenvuelva en su medio e interaccione de manera dinámica y recíproca con el ambiente, mismo que le permite enriquecer el bagaje de habilidades.

Durante varios años, diferentes expertos han realizado investigaciones acerca de los procedimientos y elementos que influyen tanto en el cognitivo y comportamental del ser humano. Uno de los exponentes más influyentes y pionero con respecto a la Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social es Albert Bandura, que considera al comportamiento como el meollo de su proposición, sin embargo, existirían influencias de otros factores para la modificación y adquisición de conductas nuevas (Caro, 1987). Es decir, existen fenómenos que incidan en la conducta del sujeto a partir de las distintas vivencias que este tenga.

A pesar de que el término de Autoeficacia (AE) fue inducido inicialmente por Albert Bandura, la primera aproximación de este constructo aparece con Rotter (1966) mediante su obra “Expectativas generalizadas para el control interno versus control externo de refuerzo”, en esta propone la teoría de locus de control interno y externo:

El momento en que el sujeto asimila un refuerzo es producto de su propio comportamiento, pero este no se encuentra ligado en su totalidad a su accionar, es decir, fue provocado por situaciones del destino o por casualidad. Cuando el ser humano interpreta de esta manera su conducta, se la señala como locus de control

externo. Si el individuo atañe que el evento supedita a su propia ejecución, entonces será interpretado como locus de control interno. (p. 1)

Se considera que el aporte de Rotter es esencial para poder comprender las apreciaciones que tiene el sujeto acerca de sus propias acciones, mismas que se relacionan con la percepción de control sobre la ocurrencia de los propios comportamientos.

Por otra parte, se mencionó inicialmente que Bandura (1977), fue quien introdujo el término de Autoeficacia per se dentro del contexto de su Teoría del Aprendizaje Social, y la define como la creencia personal acerca de las propias habilidades y desempeño con las que se cuentan para realizar una actividad determinada de manera óptima. Zeldin (2000) citado en Olaz (2001), manifiesta en su estudio que la autoeficacia percibida cumple un rol significativo, pues realiza un tamizaje con respecto a metas cumplidas anteriormente y las futuras. Por consiguiente, en Valiante (2000) citado en Olaz (2001), tener una percepción de eficacia sobre una conducta sería buen pronóstico para la ejecución de actividades posteriores.

Los preceptos aportados tanto por Rotter como por Bandura sobre los factores que interactúan para que una conducta se reproduzca, han coadyuvado a consolidar y tener una visión más clara acerca del concepto de Autoeficacia (AE) pues, a partir de sus contribuciones diversos investigadores han tomado la posta en el desarrollo de investigaciones, inclusive su precursor Albert Bandura que hasta la actualidad continúa su estudio con respecto a la *autoeficacia*, quien a su criterio es un constructo que aún no termina de estudiárselo por completo.

1.1.2. Definición de Autoeficacia

La Autoeficacia (AE) corresponde a uno de los conceptos que han tomado relevancia durante los últimos años en el ámbito de la Psicología. La teoría del aprendizaje social a pesar del paso del tiempo no ha quedado obsoleta, ni mucho menos los constructos que se derivaron a partir de ella. La AE es entendida a aquellos pensamientos autorreferentes sobre las competencias y habilidades que ocupa el sujeto que ejecuta una acción específica (Bandura, 1997). Bandura destaca en Valiante (2000), respecto a la percepción de eficacia que posee

el individuo acerca de su accionar funciona como estímulo positivo para la consecución de una conducta en un futuro, pues la influencia que tiene la creencia repercute en la motivación, constancia, capacidad de enfrentar problemas, sensación de logro y el esfuerzo que se necesita en llevar a cabo un comportamiento.

La percepción de autoeficacia según Monterroso (2012), actúa como factor crucial en cuanto a la actuación de un ente, a partir de experiencias anteriores se forman juicios sobre cómo se va a actuar frente a una situación determinada, pero se tendría en cuenta que el hecho de que un individuo sienta que está capacitado para realizar dicha conducta, no significa que conozca si el resultado que obtenga sea gratificante o no.

Como Velásquez (2012) señala:

Los de autoeficacia que los sujetos tienen acerca de los distintos ámbitos de sus vidas, infieren de forma inmanente en la toma de decisiones de estos, las personas tienden a escoger actividades en las cuales se sientan hábiles y capaces (aunque solo sea de manera icónica), y a rechazar situaciones en donde se conciben débiles e ineficientes. (pp. 151-152)

La percepción de autoeficacia incide en las conductas del ser humano de cuatro maneras. En primera instancia, el sujeto suele escoger aquellas acciones que cree ser bueno o que siente que posee las destrezas necesarias para llevarla a cabo y a evitar las actividades que le representen dificultad. En el segundo aspecto, según Olaz (2001), la percepción de eficacia que tenga el individuo influye en el grado de energía que este le atribuya a una acción que pretenda realizar, además, del nivel de persistencia frente a las adversidades que se le presenten. Si la percepción de eficacia es alta, tanto la energía y la persistencia aumenta, por el contrario, si la percepción de eficacia es nula o baja, el nivel de esfuerzo disminuye y se debilitan sus ideas acerca de su eficacia.

En tercera instancia, la autoeficacia incide sobre los procesos cognitivos y los componentes emocionales, pues cuando existe niveles bajos de autoeficacia, el individuo percibe una actividad más compleja de lo que verdaderamente es, por lo que posiblemente genere cuadros ansiosos y/o estresores, además, de una visión negativa con respecto a su desenvolvimiento. Por otra parte, Olaz (2001) menciona que, si el sujeto presenta un grado

de autoeficacia óptimo, le genera tranquilidad y seguridad para enfrentar cualquier actividad que se le presente. Por último, cuando un individuo se considera apto y eficaz, es capaz de proponerse metas que impliquen mayor nivel de esfuerzo y espontaneidad.

La autoeficacia, como ya se ha revisado, es la capacidad percibida para obtener éxito en una tarea específica. Es decir, si el sujeto percibe que es capaz de lograrlo, las probabilidades de lograrlo son altas, por el contrario, si el individuo cree que no posee las competencias necesarias para alcanzar dicho objetivo es probable que las posibilidades de ejecución sean nulas, lo que generaría frustración. Según Bandura (1977), cuando una persona considera que realizaría un plan, actividad o meta, se ponen en marcha y consigo los recursos con los que cuenta, por lo que la probabilidad de obtener una respuesta positiva es mayor. Cuando el desempeño determina el resultado, las expectativas de eficacia representan la mayor parte de la variación en los resultados esperados.

La autoeficacia es una habilidad primordial para lograr metas, a través de procedimientos efectivos que faciliten el alcance de objetivos. Es decir, es una autosugestión personal de que uno ejecuta con éxito una acción determinada, y se establecen prioridades. Dentro de la Autoeficacia juegan un papel importante las habilidades de las personas efectivas, Según Covey (2015) son:

- a. Autoestima saludable
- b. Perseverancia
- c. Gestión de tiempo
- d. Objetivos y plan de vida claros
- e. Buena imagen
- f. Relaciones interpersonales adecuadas
- g. Vocabulario adecuado
- h. Resiliencia
- i. No procrastinación (UTEL, 2017).

1.1.3. Factores formativos y fuentes de la Autoeficacia

El inicio de la percepción de autoeficacia inicia desde la niñez, puesto que el infante al ser incapaz de realizarse por sí mismo una autoevaluación, está a merced de las valoraciones externas para construir su autoconfianza y sentido de valor (Barranza, Olivás, 2016). Es decir, durante la etapa infantil, quienes se encargan de formar las primeras expectativas de eficacia son los padres y maestros, quienes evalúan el rendimiento del niño mediante actividades que significan un reto (Blanco, 2012). A partir de la adquisición de conocimientos e ideas mediante la experiencia e interacción con el ambiente, la percepción de autoeficacia se consolidaría, y lo hace a través cuatro factores importantes:

1. **Logro de ejecución.** – En base a las vivencias previas, sujeto toma como referencia a aquellas actividades que le ofrezcan reiterados triunfos para incrementar y reforzar las creencias de autoeficacia, por el contrario, si existen acontecimientos reiterados que reflejen frustración para la persona, su percepción, se debilita más si no se imputa a un factor externo.
2. **Experiencia vicaria.** – Cuando la persona mediante la observación de un modelo o patrón se imagina que tiene las habilidades para ejecutar actividades con la misma probabilidad de logro. Depende del grado de similitud de capacidades que el sujeto perciba que tiene con el modelo.
3. **Persuasión verbal.** – Si el sujeto tiene un grado alto de percepción de eficacia, sólo necesita un incentivo para aumentar su nivel de seguridad para la consecución de sus metas. Es importante no confundir la persuasión con encomio, sino que se reforzaría la creencia de eficacia para que alcancen los logros establecidos.
4. **Estado fisiológico.** – Cuando se presentan síntomas somáticos (cansancio, espasmos, otros) el individuo interpreta como producto de su ineficacia y deficiencia (Olaz, 2001).

En síntesis, la formación de la Autoeficacia se produce a partir de los cuatro aspectos mencionados anteriormente. Según Olaz (2001), es necesario que estos factores se encuentren en armonía y dinamicen de manera óptima para que el desarrollo del ser humano en su cotidianeidad sea productivo y saludable. La manera en cómo interprete el individuo

acerca la influencia de los componentes que influyen en la autoeficacia determina la percepción acerca de las competencias y habilidades que este crea tener para realizar una acción o actividad que se proponga.

1.1.4. Expectativas de la Autoeficacia

La autoeficacia influye de manera significativa en cuanto la percepción que tiene el individuo para hacer una acción determinada. Bandura (1977) en Caro (1987), realiza una diferenciación importante entre expectativa de eficacia y expectativa de resultado. Las expectativas de resultado son apreciaciones realizadas por el sujeto, pues este cree que algunos comportamientos lo dirigirán a ciertos resultados. Mientras que, las expectativas de eficacia permiten al sujeto realizar una estimación acerca de la consecución de un acto (Bandura, 1977). En otras palabras, la autoeficacia percibida es la certeza que posee la persona para efectuar con éxito una acción y así conseguir el resultado esperado. Y, Caro (1987), nos menciona que la expectativa de resultado es la apreciación del sujeto acerca de que ejecutar una acción con éxito lo va a dirigir hacia los resultados deseados.

1.1.5. Dimensiones y componentes de la Autoeficacia

Las dimensiones de expectativas propuestas por Bandura (1977) son tres: magnitud, generalidad y fuerza. Con respecto a la magnitud, las actividades se jerarquizan por orden de mayor a menor dificultad, por lo que las perspectivas de actividades dependen de cada individuo, pues iniciaría con tareas con niveles de complejidad bajos hasta llegar a los más altos. Por otro lado, la generalidad es un aspecto que en algunas situaciones las expectativas van a ser restringidas, pero así, también, distintas perspectivas generen eficacia que sobrepase los límites de la terapia. Por último, Caro (1987), sugiere que la fuerza se relaciona con el nivel de energía que se le otorgue a una experiencia, pues existiría una expectativa nula, y otras en las que el grado de esfuerzo es mayor, por lo que causa alta resistencia al momento de enfrentar cualquier situación adversa.

1.1.6. Modelo explicativo de Autoeficacia

A partir de los aportes realizados por Bandura a la teoría cognoscitiva social, se concibe que el individuo adquiere conocimiento y comportamientos nuevos por medio de la interacción con su ambiente. Las experiencias previas y las interpretaciones de los resultados de estas servirán como predictores en cuanto a las perspectivas que tenga el sujeto sobre sus propias competencias y su desempeño en la consecución de futuras actividades o tareas. Es decir, la Autoeficacia desempeña un papel importante en cuanto a los niveles de seguridad que tienen las personas para realizar una acción, su nivel de éxito y las aptitudes que este crea tener para llevarla a cabo. Depende de las percepciones de autoeficacia para que la persona tome como referencia o como señal de éxito o fracaso, esto le permite tener una noción acerca del grado de eficacia para actividades futuras.

La autoeficacia explica la teoría de la motivación y el aprendizaje. Los procesos mediacionales son:

- **Procesos cognitivos:** La percepción de autoeficacia influye sobre la manera en que el sujeto anticipa y planea para su futuro.
- **Procesos motivacionales:** Ayudan al mantenimiento de la conducta a pesar de las adversidades que se presentarían a lo largo de la realización de una acción o tarea.
- **Procesos afectivos:** La percepción de autoeficacia incide sobre la manera en que se relacionan a las dificultades que se presentan.
- **Procesos de selección:** La percepción de autoeficacia afecta al tipo de decisiones que el sujeto toma y depende al tipo de actividades que decida dedicarse o el tipo de orientación que desea dar a su vida.

A continuación, se exhibe un esquema sobre el modelo de autoeficacia:

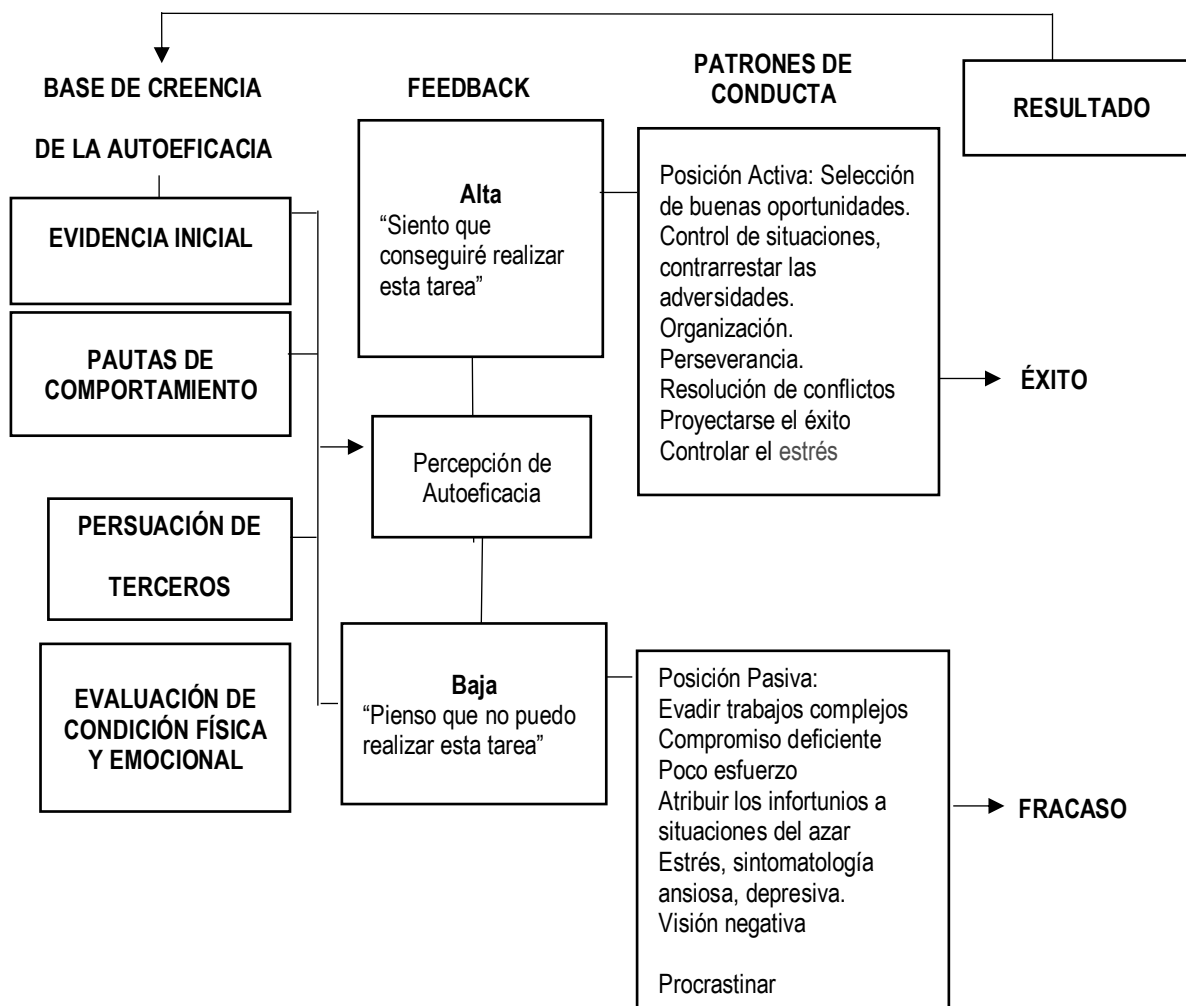


Gráfico 1. Modelo de la Teoría de la Autoeficacia tomado de Bandura (1989).

1.2. Autoeficacia Académica

La autoeficacia se ha relacionado frecuentemente con el ámbito escolar. De la AE se deriva el constructo de autoeficacia académica, la cual, es entendida como la percepción que poseen los estudiantes sobre sus propias habilidades para cumplir con tareas académicas dentro del ámbito escolar (Bandura, 1997). En investigaciones realizadas anteriormente, dentro del ámbito académico Elliott y Dweck (1988) citado en García-Fernández et al. (2010), insinúan acerca de la implicación de los alumnos en actividades académicas surgen a partir de dos razones:

- a. Incrementar sus competitividades (metas de aprendizaje)
- b. Evadir la incompetencia ante los demás (metas de rendimiento)

Dentro de las investigaciones realizadas por Elliot y Dweck (1988), hallaron que la expectativa de eficacia está estrechamente relacionada con la motivación y la elección de metas (García-Fernández et al., 2010). Para Bandura, la motivación en el ámbito académico es un aspecto que incide en el grado de exigencia y energía al momento de elegir ciertas tareas. Los estudiantes con expectativa de eficacia alta tienden a ser constantes en la elaboración de tareas y mostrarán mayor seguridad con respecto a sus competencias, a diferencia de aquellos que dudan de sus habilidades (Blanco, 2012). Por lo tanto, un alumno que confíe en sus capacidades para efectuar una tarea tiene mayor posibilidad de cumplirla satisfactoriamente por el nivel de empeño que invierte.

Existen varios estudios acerca de la autoeficacia y su importancia en el contexto académico, pues incide en los procesos de cognitivos y destrezas de los estudiantes. La autoeficacia académica “es la creencia que los estudiantes tienen en relación con su eficacia para regular su aprendizaje y dominar los diversos contenidos académicos” (Barraza & Olivas, 2016, p. 41). El rendimiento académico no se considera óptimo sólo por el hecho de que el alumnado cuente con sapiencia y aptitudes, pues la eficacia percibida varía entre persona y otra. Varios factores como: autoevaluación, automonitoreo, metacognición, se relacionan positivamente con la expectativa de eficacia.

Las percepciones de eficacia oscilan, pues existirían alumnos que posean mayor percepción de eficacia en cálculo y baja en lenguaje, por lo que no se sobre generaliza las expectativas de autoeficacia para todos los casos. Barraza y Olivas (2016) mencionan que, a partir de varias observaciones, se conoce que mientras la autoeficacia percibida es alta, mayores serán los retos para conseguir logros, pues implicarán mayor implicación y compromiso, o por el contrario si el estudiante tiene una expectativa de autoeficacia menor, existe la posibilidad de que se encuentre reticente a invertir energía y esfuerzo para lograr metas o concluir satisfactoriamente una tarea académica.

1.3. Salud Mental

1.3.1. Definición general de Salud Mental

La salud es aquella sensación de satisfacción a nivel físico, emocional y mental en un individuo. La salud integral depende que el organismo del ser humano funcione de manera adecuada, además, que disfrute de bienestar psicológico e interactúe de forma adecuada con su entorno, dicho de otra manera, el sujeto necesita poseer sus capacidades cognitivas conservadas y, por consiguiente, logre tener equilibrio afectivo y emocional. La salud mental infiere la manera en la que los individuos piensan, sienten y actúan. Dentro de la mente existen pensamientos, recuerdos e ideas de manera consciente e inconsciente, mismos que poseen la habilidad de remover las emociones, y estas a su vez dirigen nuestras conductas.

La concepción de salud mental varía, pues depende de las diferentes perspectivas y del marco cultural en el que se encuentre. A pesar de que aún no existe una concepción concreta sobre la salud mental, la OMS ha intentado consolidar un concepto para que el término sea comprendido a nivel global, pero cabe recalcar que este varía. Dicha entidad afirma que “la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.” (OMS, 2018). Es decir, la salud mental es esencial para que el individuo se sienta satisfecho en cuanto a su desenvolvimiento en el medio y realización personal, así, también, encuentre armonía en con respecto a sus pensamientos, afectos y conductas, mismos que se encontrarán reflejados en su aporte a la colectividad y desarrollo de potenciales.

La salud mental es importante porque incide en la manera en cómo el ser humano reacciona ante ciertos fenómenos externos, cómo afrontar situaciones de la cotidianidad y la capacidad de tomar decisiones. Las señales de que una persona goza de salud mental, es que tiene la capacidad de controlar sus pensamientos, sus sentimientos y sus conductas. Además, el individuo se siente a gusto consigo mismo, es decir, no tiene problemas de autoestima (no se victimiza ni se siente superior). También, el sujeto tiene buenas relaciones interpersonales, así como tiene la habilidad de colocar los problemas en la perspectiva correcta. A parte, es

capaz de tomar decisiones, no es impulsiva ni muestra inseguridad. Por último, la persona que disfruta de su Salud Mental muestra resistencia para el cambio y la adversidad, es decir, cuando algún problema llega a su vida, es capaz de enfrentarlas de manera apropiada.

1.3.2. Aproximación conceptual

Existen varias interpretaciones acerca de lo que se entiende por salud, desde “es estar bien” o relacionarlo con no tener alguna afección médica. El término salud, ha sido estudiado a lo largo del tiempo, es así como, desde la época griega hasta la actualidad. Desde la época griega, la salud mental no significaba un concepto nuevo, pues la definían como *psique* y era concebida como algo ajeno al cuerpo. Según Barlow y Durand, (2001) citado en Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero (2009), esta división dio paso a que se concibieran tres maneras de estudiar la salud: sobrenatural, biológica y psicológica.

Desde el punto de vista sobrenatural, antiguamente se creía que cualquier afección mental y física era causada por desbalances e influencias demoniacas, para contrarrestar el malestar usaban talismanes y pociones. Esto denotaba que existía una visión poco clara acerca de la salud. Pero, a pesar de estar en diferentes siglos, existen culturas que aún mantienen dichas costumbres. Según Macaya, Pihan y Parada (2018), el estudio de la salud empezó con desde la época griega, con su mitología aparece Esculapio, dios de la salud, quien tuvo dos hijas: Panacea, quien era la diosa del alivio y curación e Hygea, diosa de la salud. Ambas diosas fueron mencionadas en el escrito de, Hipócrates, quien realizó aportes importantes y sustanciales a la medicina moderna. Reconoce a Hygea como la diosa de la sanidad y a Panacea como diosa de las prácticas terapéuticas.

Durante la época romana, la perspectiva de salud dio un giro significativo, pues incluyeron a la mente. Aparece Galeno, con sus preceptos acerca de la salud y la independencia. Tiempo después, por el siglo XII, los musulmanes fueron los primeros en incorporar servicios de salud para pacientes, lo que, ayudó a catapultar el estudio y la práctica médica. Posteriormente, tras el descubrimiento de América, existe un intercambio importante de conocimientos entre el Nuevo Mundo y el territorio europeo. En el siglo XVIII se comienza a dar importancia al bienestar físico y mental, lo cual, inició la promoción de esta. Por lo que, según Macaya et al. (2018), en el siglo XIX, inicia la correlación entre la salud y los

componentes que intervienen en la gestación de enfermedades afines a la condición de vida de los seres humanos.

Actualmente, gracias a los antecedentes y estudios realizados en la antigüedad se ha podido desarrollar nuevas formas de intervención con respecto al paradigma de salud mental y psico-higiene. Aunque, a pesar de que el concepto de salud ha sido investigado a lo largo del tiempo, aún existe confusión acerca de su definición. Pues, a pesar de que salud mental tendría una visión positiva, muchas veces es relacionado con enfermedad y locura. Es importante señalar que la salud mental está relacionada con la manera de vivir de los individuos, es decir, con su cotidianeidad, su productividad, resolución de problemas y toma de decisiones.

La OMS se ha encargado de desarrollar planes de intervención y estudios acerca de la salud mental, pues realiza grandes aportes a la sociedad, además, informa acerca de la incidencia y prevalencia de trastornos mentales, así como la promoción y la prevención del bienestar psicológico. Existen cuatro indicadores que actúan de manera dinámica entre satisfacción y bienestar mental (OMS, 2013) y son los siguientes:

- a. Consciencia acerca de las propias capacidades de una persona
- b. Mecanismos de afrontamiento ante el estrés normal de la vida
- c. Capacidad de realizar una tarea según su contexto de manera productiva
- d. Capacidad de contribución con la comunidad

Los indicadores mencionados anteriormente han facultado la organización y clasificación acerca de la salud mental para que se obtenga una perspectiva más clara de cómo se intervendría y ofrecer un tratamiento.

1.3.3. Indicadores de Salud Mental

- a. **Consciencia:** La consciencia es la capacidad que tiene la persona de conocer acerca de su existencia propia, de sus actos, reflexiones y responsabilidades, además, de la actividad de los otros y el medio que lo rodea. Este proceso se relaciona con la salud mental, pues a partir de dicho aspecto se realiza introspecciones, lo que implica que

el sujeto conectaría con su mundo interno para que interprete sus estados mentales (Izaguirre, 2010). La conciencia permite que el ser humano conozca acerca de sí mismo, el contexto en el que se desenvuelve, así como los aspectos internos que posee para enfrentarse a la vida real y calibrar su comportamiento de manera adaptativa para lograr su propio bienestar.

- b. **Afrontamiento:** Son herramientas con las que el ser humano utiliza para enfrentarse a las diversas situaciones de la vida que se le presenten, tanto extrínsecas como intrínsecas. Al ser positivos ayudan al sujeto a responder de manera apropiada, o nocivos, lo cual, incide en su equilibrio mental (Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento es esencial para enfrentar experiencias estresantes o que impliquen sensación de vulnerabilidad y temor, por tanto, llevaría al sujeto a un agotamiento emocional y mental. Por tanto, el contar con recursos de afrontamiento, permite al individuo controlar de mejor manera su nivel de respuesta ante ciertas exigencias de su medio.
- c. **Productividad:** La perspectiva de productividad usualmente es usada para hacer referencia a la producción para generar ingresos. Pero, en relación con la salud mental la productividad va enfocada al desarrollo y crecimiento personal y social, por tanto, tiene que ver con la motivación para llevar a cabo cierta actividad. Así mismo, según Guerrero y Puerto Barrios (2007), existen factores negativos que influyan en el bajo rendimiento y productividad, tales como: ansiedad, fatiga, estrés y mayor riesgo de consumo de sustancias.
- d. **Contribución:** La contribución es el aporte que realiza la persona a partir de la interacción y socialización con su medio, es una manera de participación, así como la sensación de pertinencia hacia un grupo social. La forma en cómo el sujeto dinamiza con su alrededor, pone en evidencia su cooperación en la colectividad. El nivel de satisfacción y contribución refleja la comodidad y sentido de valía dentro de un grupo, lo que aporta positivamente a su bienestar mental, sensación de valía y afinidad dentro de una comunidad. Si, por el contrario, la persona no sintiera

pertinencia ni sensación de utilidad dentro de un grupo social, lo empujaría a un aislamiento y desequilibrio en su funcionalidad individual y social, y existirían problemas a nivel de su bienestar biopsicosocial.

1.3.4. Bienestar subjetivo y salud mental

Cada individuo tiene distintas condiciones de bienestar y estas dependen de la calidad de vida, mas no del nivel de vida. Puesto que, Lee y Seligman (1997) citado en Bilbao Ramírez (2008) mencionan que la calidad de vida es una distinción entre la expectativa sobre lo que se desea y la realidad vivencial, si existe una diferencia abismal entre estas dos, determina una baja calidad de vida. El bienestar se compone de dos aspectos: afectivos y cognitivos. Es decir, el bienestar subjetivo (BS) es comprendido como la evaluación de la propia existencia a partir de lo que se piensa y siente con respecto a la vida que se desea. Los procesos cognitivos dentro del bienestar subjetivo estarían sesgados de manera positiva, lo que fortalece la interpretación de la vida con una expectativa optimista. Diversos estudios realizados acerca del bienestar subjetivo refieren que cuando existen niveles altos de bienestar subjetivo favorecen a la creación de redes de apoyo positivas, equilibrio, libertad de elección, buen autoconcepto, buena salud mental y física (Bilbao Ramirez, 2008).

Además, la sensación de plenitud con respecto a la vida se relaciona con: la familia, amigos, pareja, trabajo y educación, lo que potencia su sentido de seguridad y optimismo. Al bienestar subjetivo (BS) se lo asocia, también, con el hedonismo, porque en sí esta perspectiva está dirigida hacia lo que el sujeto meramente desea (Bilbao Ramírez, 2008). Desde el aspecto cognitivo, la felicidad aporta gratificación con relación a la vida, lo que estimula al individuo percibir un evento como positivo. Por otra parte, Padrós y Soriano, (2012) citado en Bilbao Ramírez (2008) mencionan que el aspecto emocional, la sensación positiva que se genera de forma instantánea a pesar de que dichas experiencias le generen comodidad o incomodidad.

El BS es la valoración que uno hace de su propio bienestar, es por ello por lo que se le añade el componente de subjetivo. El término subjetivo se compone de dos elementos importantes. Por un lado, está el bienestar hedónico, es decir, satisfacción con la vida misma. Y otro

componente emocional que se refiere a qué emociones positivas y negativas que experimenta el sujeto. Aquel que tenga un nivel de satisfacción sobre la vida muy alto, pero existiría el caso en que en ese momento experimente más emociones negativas que positivas. El segundo factor del Bienestar eudaimónico, se refiere a los propósitos que tiene el ser humano sobre la vida, es decir, se refiere a la autorrealización personal. Por tanto, estos dos componentes se cumplirían para hablar acerca del Bienestar Subjetivo.

El BS es la apreciación del sujeto respecto a la satisfacción con la vida. Las causas del bienestar subjetivo son principalmente: familia y relaciones sociales, felicidad, amor y relaciones sexuales, satisfacción profesional. Como se mencionó anteriormente, uno de los principales aspectos es la felicidad, pues depende de las circunstancias que rodean a la persona y la interpretación que realice de la vivencia. También, la satisfacción profesional requiere de energía y empeño, por lo que forma una parte significativa en la vida del individuo, pues genera sentimiento de autorrealización y satisfacción. Existirán situaciones de conflicto y en otras de alivio, todo depende de cómo se lo interprete. El bienestar subjetivo depende de cada individuo, pues a unos les parece gratificante algo que a otros no, y viceversa.

1.3.5. Bienestar psicológico y salud mental

El bienestar psicológico (BP) es aquel estado en el que el individuo actúa ante las circunstancias que le signifiquen un nivel de dificultad, y sobre cuánto nivel de energía y empeño dedica para conseguir una meta o logro (Blanco & Díaz, 2005 citado en Bilbao Ramírez, 2008). El bienestar psicológico ni se entiende como la ausencia de malestar, enfermedad o situaciones complejas en la vida diaria, sino como la identificación e impulso de factores positivos como: autoaceptación, contacto con relaciones positivas y contar con metas en la vida. La autoaceptación según Keyes et al. (2002), es la sensación de comodidad que tienen los sujetos consigo mismos, pues son capaces de reconocer sus fortalezas y debilidades, además, de aceptar y experimentar momentos de tristeza y malestar.

En estudios realizados, se ha encontrado que mientras existan altos niveles de autoaceptación tienen un efecto positivo en la percepción de bienestar, se relaciona con la posibilidad de tramitar de mejor manera las situaciones estresantes que se presenten. Según Ryff y Keyes

(1995), las relaciones positivas se caracterizan por ser vínculos sólidos de afecto y empatía, dichas relaciones ayudarán al individuo a enfrentar situaciones difíciles, lo que genera sentido de seguridad, bienestar percibido y que los niveles de ansiedad disminuyan. El tener proyecto de vida y metas a corto o largo plazo, se relaciona estrechamente con el bienestar y la resiliencia para afrontar las situaciones difíciles.

El bienestar psicológico (BP) es importante porque tiene relación directa con la salud física y mental. Además, las personas que tienen bienestar psicológico tienen mayor aprendizaje y sus niveles de productividad son altos, aprenden de manera más efectiva y tienen menores niveles de ausentismo laboral y escolar. Por tanto, el bienestar psicológico es la estimación efectiva que un individuo realiza de forma personal sobre las situaciones de su vida y está ligado a acciones positivas y emociones. Está íntimamente relacionado con la capacidad de establecer relaciones interpersonales, productividad, desempeño: académico, social, laboral y con la aptitud para resolver conflictos.

El bienestar es la satisfacción con la propia vida en general o con dimensiones particulares de la misma. Existe una relación permanente entre el cuerpo y la mente. El BP ayuda al desarrollo de las habilidades y competencias para el progreso individual, donde el sujeto percibe, siente y actúa con indicadores de un relacionamiento positivos consigo mismo y con los demás. Implica dinamismo de los recursos psicológicos que cada ser humano posee. Existe un vínculo estrecho entre el BP y salud mental, para reconocer los recursos con los que se cuentan y cómo se va a trabajar con los mismos.

El modelo de Bienestar Psicológico más destacado es el de Carol Ryff (1995), el cual, plantea seis dimensiones:

- Autoaceptación (satisfacción a nivel personal, conciencia de los defectos, actitud hacia sí mismo).
- Relaciones interpersonales sanas (vínculo que se construye con los demás, empatía, relación de confianza, afectividad, redes de apoyo)
- Autonomía (sostener la propia individuación en los distintos contextos, resistir la presión social, reflexión sobre sí mismo y sobre las implicaciones de los comportamientos y reacciones emocionales).

- Dominio del entorno (creación de entornos favorables, auto observación de las reacciones propias y las reacciones ante las emociones de los demás, contextos y relaciones).
- Crecimiento personal (desarrollo de los potenciales, reconocimiento de oportunidades y sentimiento de desarrollo continuo)
- Propósito de vida (sentido de vida, definición de objetivos, prospección, claridad de metas, capacidad de goce).

Estas seis dimensiones permiten identificar diferentes indicadores para entender lo que implica tener Bienestar Psicológico. La creación de relaciones positivas con los demás estaría mediado por la aceptación que tiene la persona de sí misma. El estado saludable de esos vínculos se fundamenta en el grado de la autonomía que posee cada uno de los seres humanos que forma parte de la relación. En cambio, la capacidad de dominar el entorno, en su mayoría depende del crecimiento personal del sujeto y al mismo tiempo con la construcción de metas concretas, serían a corto o largo plazo, lo importante es que el sujeto tenga sentido de productividad y de potenciar sus recursos y competencias para desenvolverse en el medio, además, de tomar en cuenta sus limitaciones, pero sobre todo que se encuentre seguro de sí mismo y tenga el sentido de desarrollo constante.

1.3.6. Factores de influencia

1.3.6.1. Factores personales

Los factores protectores procuran brindar equilibrio al individuo y evitar el desarrollo de trastornos mentales. Pero, así como existen los protectores, también, hay los no protectores, mismos que significan peligro a la integridad personal. Ahora bien, los componentes protectores que posee el individuo sobre su salud mental son: la inteligencia emocional y autoestima. En primer lugar, la inteligencia emocional es aquella capacidad emocional y social encargada de la estabilidad psíquica y afectiva de la persona. Además, es la responsable de la adaptación ambiental e interpersonal (Fernández-Berrocal & Pacheco, 2002). El grado de inteligencia emocional repercute en la discriminación y elección habilidades para afrontar situaciones de la vida cotidiana (Casullo & Góngora, 2009).

Asimismo, Matthews y Zeidner (2000) citado en Casullo y Góngora (2009) mencionan que cuando existe mayor nivel de inteligencia emocional, la persona obtiene beneficios como: sensación de logro, adaptación, vínculos saludables y facilidad de adquirir información nueva.

Otro de los elementos protectores del sujeto es la autoestima, es un elemento crucial en la vida del sujeto, formada a partir de la socialización con los demás (Naranjo Pereira, 2007). Este factor es crucial dentro del desarrollo personal del individuo, pues “la autoestima influye en diversos ámbitos: individual, laboral, académico y principalmente con el autoconcepto. El sujeto se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo (autoafirmación) a lo negativo (auto denigración)” (Casullo & Góngora, 2009, p. 188). Por dicho motivo, la autoestima se refleja en varios aspectos de la vida cotidiana del sujeto.

Como se mencionó anteriormente, existen factores no protectores que arriesgan el bienestar del individuo, pues al estar vulnerable, es propenso a contraer o sufrir enfermedades mentales, malos hábitos, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento, incapacidad para afrontar problemas de la vida diaria, desgaste físico, entre otros. Diversas investigaciones, mencionan si existe un alto grado de inteligencia emocional y de autoestima, los sujetos reflejan grados de ansiedad y depresión bajos.

1.3.6.2. Factores ambientales

Los factores ambientales hacen referencia a todo estímulo o fenómeno que venga del exterior, es decir, la persona no manejaría e incidiría de manera directa o indirecta en la salud (Yagos, 2015). El ambiente ha sido uno de los factores determinantes para el estudio de los trastornos mentales, pues al estar fuera del alcance humano, no tendría un monitoreo total de lo que pasa alrededor. Según Ordóñez-Iriarte (2020), los factores de riesgo van desde la calidad de aire, la temperatura, el ruido y el cambio climático interfieren con el desarrollo y preservación de la salud mental de la población mundial.

- **La calidad de aire:** La contaminación del ambiente se ha relacionado con las dificultades en cuanto al bienestar mental, pues existen residuos o partículas que contaminan el aire, mismo que inhalamos, lo cual, resulta tóxico para el Sistema

Nervioso Central, lo que desemboca complicaciones a nivel cerebral (Calderón-Garcidueñas, Torres-Jardón, et al., 2015).

- **La temperatura:** Este factor, también, incide en la salud mental, pues existen personas que consumen farmacología psiquiátrica y no cuentan con los mecanismos necesarios para enfrentar los cambios de temperatura, ahora bien, otros no cuentan con las facultades para cuidar de sí mismos (Thompson et al., 2018). Se establece una correlación positiva entre las alteraciones psicológicas y las altas temperaturas (Ordóñez-Iriarte, 2020). Con respecto a las olas de calor, un estudio español menciona que la tasa de violencia de pareja aumenta, pues señalan que el consumo de alcohol aumenta durante esa época.
- **Ruido:** Se realizaron estudios en cuanto a diferentes fuentes de emisión de ruido: aviones, tráfico, ferrocarril. Se tomaron en cuenta a personas que consumían farmacología para trastornos de depresión y ansiedad (Díaz, et al., 2020). El resultado fue que el ruido del tráfico provocó que los umbrales subieran y sobrepasen los establecidos por la OMS.
- **Relaciones familiares hostiles:** Según Yagos (2015), las relaciones familiares distantes o lejanas, en donde no existe un buen clima familiar, producen sentimientos de apatía, soledad, tristeza. La familia es el primer círculo social del individuo, por lo que depende de la calidad de lazos que se formen para futuras interacciones con los demás.
- **Sobrecarga laboral:** Cuando existe exceso de tareas asignadas a una sola persona, existe agotamiento físico como mental, lo cual, afecta al individuo y al círculo que lo rodea. Según Yagos (2015) el sujeto se ve afectado tanto que sus necesidades básicas no son satisfechas completamente, pero no abandona su trabajo porque es el único medio del sostén familiar.

- **Alteraciones del sueño:** La persona no descansa las horas diarias necesarias para rendir de manera óptima en su día a día, por lo que Yagos (2015) menciona que su nivel de vigilancia, productividad y desempeño se ven afectados, así como su humor y estabilidad emocional.

Los factores protectores se encargan de preservar el bienestar y equilibrio del ser humano, potencia sus habilidades y recursos para que su desarrollo sea óptimo y obtenga de las mismas respuestas positivas. Pero, existen aspectos que salen del control del ser humano, como lo son los estímulos externos que afectan directamente con nuestra seguridad física y mental, existen varios fenómenos que inciden en el desencadenamiento y mantenimiento de algunas patologías, lo que significan factores no protectores, pues vulneran la seguridad colectiva, lo que pone en riesgo las capacidades cognitivas, acelera el proceso de deterioro de estas, y por consiguiente su funcionamiento.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

En esta sección se muestran los datos que avalan la calidad científica del presente proyecto en el nivel metodológico, incluye el tipo, diseño experimental, los instrumentos de evaluación utilizados para la recopilación de los datos de la muestra, además, de la confiabilidad y validez de cada una de las herramientas aplicadas. También, se detalla la población seleccionada, el proceso de muestra y muestreo para obtener la cantidad de partícipes. Finalmente, la metodología empelada para el desarrollo de la investigación.

2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance

En el presente estudio se utilizó el método científico y específico. El paradigma en el que se apoyó fue en el positivista. Dentro de un estudio, el positivismo asegura con precisión que los elementos fenomenológicos sean medibles y comprobables. Entre las características más relevantes de este paradigma es que busca afirmar y aseverar científicamente los datos cuantitativos de la investigación, por ende “el conocimiento positivista busca la causa de los fenómenos y eventos del mundo social, formula generalizaciones de los procesos observados. El rigor y la credibilidad científica se basan en la validez interna” (Martínez, 2013, p. 2). Las variables de interés serían medibles y observables para su posterior análisis, para esto se necesita aplicar herramientas y técnicas fiables, Pérez (2000) menciona que los instrumentos que se suelen usar dentro de este paradigma de investigación son aquellos que tienen escalas tipo Likert o Guttman, fichas de registro e inventarios debidamente estandarizados.

El tipo de estudio es cuantitativo con diseño no experimental de corte transversal con alcance descriptivo y correlacional. El objetivo del diseño de investigación cuantitativa es recolectar y analizar información de los fenómenos de estudio. Las fases de un estudio cuantitativo según Monje (2011) son las siguientes:

1. Fase conceptual

- a) Formulación y delimitación del problema

- b) Exploración de la literatura
- c) Elaboración del marco teórico
- d) Formulación de hipótesis

2. Fase de planeación y diseño

- a) Selección de un diseño de investigación
- b) Identificación de la población que se va a estudiar
- c) Selección de métodos e instrumentos
- d) Diseño de plan de muestreo
- e) Término y revisión del plan de investigación
- f) Realización del estudio piloto y las revisiones

3. Fase empírica

- a) Recolección de datos
- b) Preparación de datos para análisis

4. Fase analítica

- a) Análisis de datos
- b) Interpretación de resultados

5. Fase de difusión

- a) Comunicación de las observaciones
- b) Aplicación de las observaciones. (p. 19)

Un estudio con enfoque cuantitativo permite al investigador plantear y delimitar la problemática a investigarse, posteriormente realizar una revisión de recursos bibliográficos sobre los fenómenos objeto de estudio y sobre este construir el marco teórico. Una vez analizada la teoría, se procede a elaborar la hipótesis respectiva. Dicha hipótesis sería comprobada a través de un diseño de investigación adecuado. Para la recolección de los

datos es necesario el uso de instrumentos validados y estandarizados al contexto en el estudio va a ser desarrollado. Los resultados que arrojen a partir de los reactivos aplicados servirían de predictores sobre las variables objeto de estudio.

Con relación al enfoque descriptivo, Arguedas (2010) menciona que este tipo de estudio se centra en explicar las características de las variables de estudio. El estudio descriptivo permite “medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo” (Veiga de Cabo, De la Fuente & Zimmermann, 2008, p. 83). Es decir, permite caracterizar las variables dentro de un rango de tiempo sin relacionarlas causalmente, aun así, provee información en la cual se elaboran hipótesis adecuadas. Además, para elaborar un estudio bajo este paradigma es necesario recoger datos a partir de formularios y fuentes literarias.

En cuanto al método específico, es correlacional, mismo que pretende analizar las diferentes relaciones que existen entre los fenómenos. Un ejemplo propuesto por Ramos (2015) para explicar este enfoque es:

Examinar la correlación positiva entre el fenómeno X y el fenómeno Y, como en el caso, el tiempo de elaboración para la tesis (X) y la presentación de la misma (Y). En este enfoque, es esencial el bosquejo de hipótesis que faculden comprobar lo propuesto por el investigador. Las hipótesis que se trazarían según el ejemplo previo son: a mayor X mayor Y, a menor X menor Y, a mayor X menor Y, y a menor X mayor Y (p. 12).

Por tanto, dentro de este estudio, si las variables presentan el mismo nivel de relación, dichos fenómenos tendrán correlación positiva, pero si una de las variables presenta distinto grado de puntuación en relación con la otra variable, la correlación es negativa. La manera en las que se plasma la información de los fenómenos a modo de gráfico con eje de coordenadas, además, las relaciones lineales entre los fenómenos son representadas por métodos estadísticos llamados coeficientes de correlación. Dicha medida se llama coeficiente de Pearson (r_{xy}), su valor varía entre +1 (valor lineal positivo perfecto) a -1 (valor lineal negativo perfecto) (Smith et. al, 2003). Entonces, el estudio correlacional faculta al investigador a predecir a partir de la cuantificación entre la relación entre variables.

En cuanto al estudio de corte transversal, la investigación se realiza en corte de tiempo determinado, no se necesita realizar seguimiento, por lo cual la evaluación de las variables se las realiza en ese momento. El alcance del estudio es descriptivo, tal y como su nombre lo menciona, describe los fenómenos, acontecimientos, situaciones que están en observación. La intención de este enfoque es que “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” (Sampieri, 2018, p. 92). A través del enfoque descriptivo se logra definir las características de las variables de manera detallada que permita conocer las particularidades según el caso.

Finalmente, con relación al paradigma no experimental, se define como “estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 152). No es viable incidir de manera intencional sobre los fenómenos en vía de estudio, en sí no se ejerce control alguno (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Dicho de otra manera, las investigaciones no experimentales no requieren la manipulación directa del investigador, pues este se rige en observar cómo se desarrollan las variables de manera natural y posteriormente analizarlas.

2.2. Técnicas e Instrumentos

Para medir las variables de interés, se utilizó como herramientas una ficha sociodemográfica y cuatro reactivos psicológicos. La selección de dichos instrumentos se realizó mediante la revisión de artículos científicos, tesis y estudios similares. Los criterios que se tomaron en cuenta para determinar el uso de estos fueron el nivel de confiabilidad y validez del instrumento, además, que se ajusten al contexto y la población seleccionada.

2.2.1. Técnicas

Para el desarrollo de la investigación fue necesario utilizar técnicas que permitan obtener datos científicos y empíricos que verifiquen o desmientan la hipótesis planteada en la misma. Por tanto, la primera técnica usada fue la de *observación*, la cual, permite al investigador analizar un objeto o persona mediante el uso de sus sentidos. A través de esta se logró elaborar la hipótesis, también, de colaborar con la recolección y triangulación de la

información. La observación es una técnica que permite apreciar al objeto de estudio en su totalidad que pone a prueba las sensopercepciones del investigador, pues para Campos y Lule (2012) el objeto observado “se constituye por todo aquel hecho o fenómeno en el que se distingue la esencia a observar: cualidades y características” (p. 50). Es por esto por lo que, a partir de una observación preliminar al objeto de estudio, se logró obtener los datos necesarios para direccionar el desarrollo del proyecto.

Para corroborar la información obtenida mediante la técnica anteriormente mencionada, se empleó la encuesta. La encuesta es el medio por el cual se obtienen datos e información acerca de las variables de estudio. Se empleó la encuesta puesto que es idónea para la recolección de evidencia en masa. La definición que proponen los autores Anguita, Repullo y Campos (2003) sobre la encuesta es que es “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio” (p. 144). De acuerdo con esto, la encuesta favoreció en la colecta de datos que a partir de los mismos sirven para la construcción de la fundamentación científica del estudio.

2.2.2. Herramientas

Con el objetivo de adquirir información acerca de los sujetos de estudio se optó por aplicar la Ficha Ad Hoc sociodemográfica. Esta es una herramienta compuesta de 15 ítems y su modo de respuesta sencilla, pues de acuerdo con la pregunta planteada la persona completaría y seleccionaría las opciones acordes a su realidad. Mediante este cuestionario se logró recolectar información de la muestra, los datos fueron: edad, género, lugar de residencia, nivel económico, nivel laboral, nivel académico, tiempo de ocio, además, de su condición con respecto a la salud mental y física (Arrigoni, Marchena, Navarro, 2021).

2.2.3. Instrumentos

2.2.3.1. Escala de Autoeficacia General (EAG)

La Escala de Autoeficacia General (Schwarcer, 1993) en la versión adaptada al Ecuador (Moreta-Herrera et al., 2019) tiene el objetivo de evaluar la forma en cómo el sujeto se

percibe en cuanto a sus capacidades y atributos para enfrentar situaciones adversas de su cotidianidad de manera óptima (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000). La autoeficacia es esencial pues influye en los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas, lo cual, ha incentivado a varios investigadores a estudiar y desarrollar instrumentos que ayuden a la medición de esta. En la versión desarrollada por Baessler y Schwarzer en 1996, el instrumento consta de 10 ítems con opción de respuesta tipo Likert con puntuación de 1 (incorrecto), 2 (apenas cierto), 3 (más bien cierto) y 4 (cierto). Mediante los puntajes detallados anteriormente el individuo selecciona las afirmaciones que se ajusten a su contexto.

La forma de interpretar la batería es a partir de los puntajes que arrojen, es decir, el puntaje más alto indica el rango más alto de autoeficacia percibida por los sujetos y el puntaje más bajo, refleja un bajo nivel de autoeficacia. El valor máximo para obtener es de 40 puntos, cuando el puntaje mínimo es 10 puntos (Bueno-Pacheco., et al., 2018). Se toma en cuenta varios estudios realizados en algunos países, y gracias al estudio realizado en 2018 por Moreta-Herrera y otros, la prueba es fiable y su validez es aceptable en el contexto ecuatoriano. La validez de este instrumento se realizó en una muestra de 742 estudiantes ecuatorianos, los cuales, se los dividieron en dos fracciones. El primer grupo correspondió a 400 sujetos con edades entre 18 a 25 años y el segundo grupo estuvo compuesto de 342 alumnos bachilleres con edades entre 14 a 20 años. Posterior a la obtención de los datos necesarios para la validación de la escala en la población ecuatoriana, el estudio reflejó buenos resultados en cuanto a su validez y fiabilidad (Moreta-Herrera, et al., 2018). Por lo que, esta escala es idónea para ser aplicada en el contexto ecuatoriano.

En cuanto a la confiabilidad de la EAG, mediante dicha investigación se obtuvo como resultado que en cuanto a fiabilidad con el coeficiente de Cronbach es consistente y alta, pues en adultos universitarios obtuvo $\alpha= 0,896$ y en adolescentes $\alpha=0,876$. Con respecto a su validez obtuvo correlación baja y moderadas positivas, fluctuaron entre $r= ,301$ en el par de los ítems 9-3 y $r= ,647$ en el par 9-10 (Moreta-Herrera, et al., 2018). Por tanto, la Escala de Autoeficacia General es apta y tiene niveles significativos de fiabilidad y validez para su evaluación en el contexto ecuatoriano.

Los resultados de la investigación realizada por Moreta-Herrera y otros en 2018 demuestran que existe una fiabilidad significativa para la aplicación en el presente proyecto de investigación, misma que se realizó a partir de coeficiente de Cronbach (α). Seguidamente, se examinó mediante un análisis de consistencia interna de la puntuación total, mismo que se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis de la fiabilidad de la Escala de Autoeficacia Académica (EAG)

<i>Factor</i>	<i>Alfa</i>	<i>Ítems</i>
Total EAG	0,916	10

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación a 394 participantes.

A partir del resultado logrado mediante el análisis, se pudo observar que existe una consistencia interna obtenida mediante el Alfa de Cronbach de 0,916, lo cual, indica que es altamente confiable. En cuanto a un estudio realizado por Cid, Orella y Barriga (2010) sobre la validez de la EAG en población estudiantil universitaria de Chile alcanzó como resultado de 0,84 a partir de un análisis mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach denota alta fiabilidad. Por tanto, se concluye que la escala posee un alto porcentaje de confiabilidad y es aplicable en el contexto latinoamericano.

2.2.3.2. Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA)

La Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA) fue diseñada por David Palenzuela en 1983, con el fin de incorporar varios factores psicológicos de la personalidad del sujeto. Es una herramienta que tiene con el objetivo de evaluar la autoeficacia de los estudiantes en la realización de tareas escolares. El instrumento contiene de 10 ítems que miden las expectativas de autoeficacia en situaciones específicas del contexto educativo en estudiantes adolescentes y universitarios (Palenzuela, 1983). Los ítems tienen formato de respuesta tipo Likert y las opciones de puntuación están divididas en cuatro categorías: 1 (nunca), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (siempre) (García-Fernández et al., 2010; citado en Domínguez-Lara, 2016). El puntaje total se obtiene mediante el promedio de las respuestas a los ítems, pues cuanto más elevada es la puntuación, mayor es la autoeficacia percibida (Domínguez-Lara, 2016). Es un instrumento de autoinforme y el tiempo de aplicación es de 15 minutos, en efecto es eficaz y sencillo.

Existen varios estudios realizados por autores para constatar la confiabilidad de la escala, una de las investigaciones que corrobora su fiabilidad es la de Domínguez y otros realizada en 249 universitarios en Perú, el análisis desprendió una consistencia interna alta de 0,89. (Domínguez, 2016). Por tanto, la EAPESA posee las características psicométricas necesarias y aptas para su aplicación en población estudiantil. Otra investigación realizada pero esta vez validada en 466 estudiantes universitarios ecuatorianos mediante un análisis de fiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,92, la cual, muestra alta fiabilidad (Moreta-Herrera et al., 2021). Entonces, se concluye que la EAPESA es una batería fiable para uso con fines de evaluación en el contexto ecuatoriano.

El estudio efectuado con esta herramienta fue elaborado en jóvenes universitarios de la ciudad de Ambato, la confiabilidad hallada se realizó el análisis mediante el Alfa de Cronbach del puntaje global de la escala. A continuación, se muestra el resultado en la Tabla 2.

Tabla 2. Análisis de la fiabilidad de la Escala de Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas (EAPESA)

<i>Factor</i>	<i>Alfa</i>	<i>Ítems</i>
Total EAPESA	0,930	10

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación a 394 participantes.

Con respecto al análisis, la EAPESA demuestra ser un instrumento fiable y válido para la evaluación de autoeficacia académica en jóvenes universitarios de Ecuador, puesto que los resultados arrojados según su consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,93. Lo cual denota alta fiabilidad (Moreta-Herrera *et al.*, 2021).

2.2.3.3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Es una herramienta estructurada que tiene como objetivo medir la forma de cómo percibe el sujeto su salud en general. David Golberg y Hiller desarrollaron el cuestionario en los años 70, en un inicio este estaba compuesto de 60 ítems, aunque con el paso del tiempo distintos autores lo han adaptado y rectificado por lo cual existen versiones de 30, 28 y 12. Esta prueba es auto aplicable, está construida en base a estudios previamente realizados sobre la hipocondría, depresión, inadaptación social y ansiedad-insomnio (García, 1999). El puntaje

depende de la necesidad de evaluación, según Balsategui, Mostajo, de la Rica, Díaz de Garramiola, Pérez de Loza, Aramberri, y Alonso (1993) mencionan que existen dos formas:

A.- Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se asigna los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/ caso). B.- Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se asigna los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/ caso). (p. 128)

La versión GHQ-28 se presenta como una prueba de estructura bidimensional, compuesta por 28 ítems divididos en 4 subescalas (A: Síntomas somáticos, B: Ansiedad-insomnio, C: Desadaptación social y D: Depresión) de siete ítems respectivamente, es importante señalar que las subescalas no son independientes entre sí. La persona responde a los ítems respecto a cómo se ha sentido en las últimas semanas, mas no en el pasado. Con respecto al puntaje tipo Likert se estipulan los valores de 0 (menos que de costumbre) al 3 (mucho más que de costumbre) (Viniégras, 1999). En consecuencia, se obtienen puntuaciones totales que oscilan entre 0 y 36. A mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional, las puntuaciones de 12 o superiores indican la posibilidad de que la persona padezca un trastorno emocional (Cámara, Lara, Jiménez, y Rodríguez, 2016). En una investigación desarrollada por Vallejo y colaboradores (2014) en 301 personas que padecen fibromialgia obtuvo como resultado mediante el análisis un Alfa de Cronbach de $\alpha = .94$, lo que refleja ser un instrumento útil y fiable.

En un estudio realizado en población ecuatoriana, acerca del estado de la salud mental en 444 estudiantes universitarios se aplicó el GHQ con la versión de 28 ítems. Los resultados logrados fueron que existe mayor presencia de disfunción social y somatización y en menor medida síntomas depresivos (Moreta-Herrera *et al.*, 2021).

Con respecto a la confiabilidad del cuestionario se optó por realizar un análisis de Alfa de Cronbach. Se llevó a cabo un análisis de consistencia interna de cada apartado (A, B, C y D), así como del puntaje global del instrumento. Los resultados alcanzados se encuentran en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3. Análisis de la confiabilidad del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)

<i>Factor</i>	<i>Alfa</i>	<i>Ítems</i>
<i>A: Síntomas somáticos</i>	0,838	7 ítems (1,2,3,4,5,6,7)
<i>B: Ansiedad-insomnio</i>	0,913	7 ítems (8,9,10,11,12,13,14)
<i>C: Desadaptación social</i>	0,820	7 ítems (15,16,17,18,19,20,21)
<i>D: Depresión</i>	0,900	7 ítems (22,23,24,25,26,27,28)
<i>Total GHQ-28</i>	0,944	28 ítems

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación de 394 participantes.

A partir del análisis, muestra que el primer apartado del instrumento A: Síntomas somáticos, mismo que está conformado de 7 ítems, se alcanzó un $\alpha = 0,838$ lo que representa una consistencia interna moderada alta. Por otro lado, con respecto a B: Ansiedad-insomnio, al igual que el primero compuesto de 7 ítems, se obtuvo $\alpha = 0,913$ lo que demuestra tener una consistencia interna alta. Por otra parte, el factor C: Desadaptación social con 7 ítems, se logró un $\alpha = 0,820$ que semeja a una consistencia interna moderadamente aceptable. En cuanto al cuarto factor D: Depresión de 7 ítems, se obtuvo un $\alpha = 0,900$, lo que demuestra tener una consistencia interna alta. Para finalizar, en cuanto a la puntuación global del cuestionario (28 ítems) desprende un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,944$ lo que indica una consistencia interna alta.

3.2.3.4. Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

Es un instrumento que evalúa la salud mental positiva como: afecto positivo, desarrollo personal y contexto social (Machado, & Bandeira, 2015). En un inicio esta escala estaba estructurada por 40 ítems y era una herramienta de auto llenado (Keyes, 2002; 2005; 2007; citado en Peña-Contreras., et al., 2017). Posteriormente se elaboró una adaptación breve y concisa, el Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2009; citado en Peña-Contreras, et al., 2017) con 14 apartados esta versión se difundió prontamente por su rapidez en su modo de empleo, además, conserva la modalidad de autorregistro.

La escala posee dos formas de cálculo, según Peña Contreras et al., y otros (2017) citado en Chamba (2018) son las siguientes:

La primera opción es realizar una sumatoria de las puntuaciones de cero a setenta; y la segunda, mediante la categorización en tres niveles. Para la obtención de estos, se cumple el siguiente análisis: se distingue con salud favorable, cuando las respuestas marcan una puntuación de 5 (casi todos los días) o 6 (siempre), en al menos un ítem del bienestar emocional (1 – 3) y en al menos seis veces en los ítems de bienestar social (4 - 8) y bienestar psicológico (9 - 14); la categoría de decadencia, se obtiene cuando hay puntuaciones de 0 (nunca) o 1 (una o dos veces) en al menos un ítem de bienestar emocional, y en al menos seis de las otras dimensiones; cuando no se cumplen los especificaciones anteriores, se categoriza como moderado. (p. 17)

Mediante la escala se analiza los rangos de salud mental positiva, como se mencionó anteriormente el MHC-SF está compuesto de catorce apartados, mismos que están divididos en 3 grupos: bienestar psicológico, bienestar emocional y bienestar social. La puntuación se mide con una escala tipo Likert de seis puntos, divididos en 1 (nunca); 2 (una o dos veces); 3 (una vez a la semana); 4 (aprox. Dos o tres veces a la semana); 5 (casi todos los días) y finalmente, 6 (siempre) (Peña et al., 2017). Dentro de la adaptación de Peña *et al.* (2017), su estudio refleja $\alpha = 0.91$ de Alfa de Cronbach del puntaje total de la herramienta, y en los factores de bienestar psicológico $\alpha = 0.85$, bienestar social $\alpha = 0.72$ y en bienestar emocional $\alpha = 0.80$. Demuestra así, un nivel alto de consistencia interna.

En cuanto a la confiabilidad del presente proyecto de investigación, se optó por utilizar el análisis del Alfa de Cronbach de la puntuación global del instrumento. Los resultados se visualizan en la siguiente Tabla 4.

Tabla 4. Análisis de fiabilidad de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

<i>Factor</i>	<i>Alfa</i>	<i>Ítems</i>
Total (MHC-SF)	0,931	14

Nota: Los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 394 participantes.

Mediante el análisis de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) estructurado de 14 ítems, se halló un Alfa de Cronbach de 0,931 en relación con el puntaje total, lo que demuestra una consistencia interna alta y fiable.

2.3. Población y Muestra

2.3.1. Población

La población tomada en cuenta para realizar la investigación fueron estudiantes universitarios de pregrado de la ciudad de Ambato. Se trabaja con la totalidad de la población, con una estimación de 30 000 estudiantes aproximadamente. Las cifras fueron obtenidas de los últimos censos de cada universidad. Con respecto a la edad de los partícipes, se tomó en cuenta un rango de edad de 18 a 40 años, pues se toma en cuenta que las edades oscilan de caso a caso.

2.3.2. Muestra

Para obtener la muestra adecuada para este estudio, se utilizó la fórmula del cálculo de la muestra, que consiste en deducir los datos compilados en Z (nivel de confianza) que en este caso fue del 95% con un c margen de error del 0.5%, además, con el 50% de p probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia. A partir de los datos obtenidos de esta ecuación, el número adecuado es de 380 participantes (Sharager y Armijo, 2001). A pesar de que ese fue el número óptimo para el desarrollo de la investigación, se optó por investigar y aplicar las baterías psicológicas en una muestra de 394 estudiantes universitarios de las instituciones de educación superior de la ciudad de Ambato.

2.3.3. Muestreo

La selección de la muestra de interés se la realizó mediante el empleo de un muestreo no probabilístico, con criterios de inclusión, que fueron: a) ser estudiante legalmente matriculado, b) participación voluntaria y c) tener asistencia recurrente a clases. El espécimen que se obtiene a partir del muestreo no probabilístico es, también, conocido como intencional, pues así lo mencionan Sharager y Armijo (2001), además, añaden que este tipo tiende a tener menor rigurosidad, pero que son usadas con mayor frecuencia en el estudio de casos que se dirigen a la investigación que necesita específicamente ser controlada en la elección de individuos con características específicas.

El muestreo no probabilístico se aplica por fines de comodidad para el investigador, aunque existe cierto sesgo por parte de este. La ventaja de este muestreo es que es de bajo costo y es parcial. Pero, asimismo existen desventajas, pues existe menor precisión, no sirve para generalizar los resultados. Dentro del muestreo no probabilístico se encuentra tres tipos de técnicas: intencional, por conveniencia y accidental o consecutivo. Para este proyecto se eligió la técnica por conveniencia, dado que este método permite escoger los casos que estén al alcance del investigador y que los mismos acepten participar dentro del estudio de manera voluntaria.

2.3.4. Caracterización de la muestra

VARIABLES PERSONALES

En la siguiente Tabla 5 a manera de descripción se enuncian las particularidades de los sujetos de estudio, tales como: edad, sexo, etnia, estado civil, religión y ciudad de donde provienen. Para esto, al ser variables de tipología nominal se ejecutó un análisis estadístico con función (f) de frecuencia, media (M), desviación estándar (DE) y su respectiva representación porcentual (%), los cuales, se muestran en la Tabla a continuación.

Tabla 5. Análisis estadístico de variables personales

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia (f)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Sexo		
Masculino	272	69,0
Femenino	122	31,0
Identificación étnica		
Mestizo (a)	377	95,7
Indígena	12	3
Afroecuatoriano (a)	5	1,3
Estado Civil		
Soltero (a)	356	90,4
Casado (a)	20	5,1
Unión Libre	16	4,1
Divorciado (a)	2	0,5
Identificación religiosa		
Católico (a)	300	76,1
Creyente sin identificación	23	5,8
Cristiano/Evangélico	49	12,4
Ateo	19	4,8
Testigo de Jehová	1	0,3
Mormón	2	0,5

<i>Ciudad de procedencia</i>		
Almería	1	0,3
Ambato	219	55,6
Baños	4	1,0
Cayambe	2	0,5
Cevallos	2	0,5
Cotopaxi	2	0,5
El Chaco	2	0,5
Guaranda	3	0,8
Guayaquil	1	0,3
Ibarra	2	0,5
La Maná	1	0,3
Latacunga	31	7,9
Loja	2	0,5
Lorca	1	0,3
Machachi	1	0,3
Machala	2	0,5
Mocha	1	0,3
Montalvo	1	0,3
Moraspungo	1	0,3
Otavalo	1	0,3
Patate	5	1,3
Pelileo	40	10,2
Pichincha	1	0,3
Píllaro	8	2,0
Pto. Francisco de Orellana	1	0,3
Pujilí	5	1,3
Puyo	3	0,8
Quero	5	1,3
Quito	8	2,0
Riobamba	8	2,0
Salcedo	13	3,3
San Gabriel	1	0,3
San Miguel de Bolívar	1	0,3
Santo Domingo	2	0,5
Saquisilí	5	1,3
Shell	1	0,3
Sigchos	1	0,3
Tena	2	0,5
Tisaleo	2	0,5
Zamora	1	0,3
Zumbahua	1	0,3

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación a 394 participantes.

Mediante estos datos acerca de los estudiantes universitarios se evidencia la existencia de una diferencia entre los sujetos de estudio, pues el 69% de la población son hombres y el 31% son mujeres. En cuanto a la identificación étnica, el 95,7% de los individuos se tipifica con el mestizaje, mientras que el 3% se refieren como indígenas y, finalmente, los afroecuatorianos con 1,3%. Con respecto al estado civil existe mayor porcentaje de personas solteras lo que refleja el 90,4%, seguidamente de casados con el 5,1%, luego los sujetos con unión libre representan el 4,1% y, en menor porcentaje se encuentran los divorciados con un 0,5%. En relación con la identificación religiosa, con mayor prevalencia se encuentran

aquellos que se consideran católicos con un 76,1%, aquellos que son cristianos evangélicos con el 12,4%, los creyentes sin identificación religiosa con el 5,8%, ateos con un 4,8%, el 0,5% son mormones y, en pequeño porcentaje de 0,3% son Testigos de Jehová.

Acerca de la ciudad de procedencia de los participantes, con mayor porcentaje se provienen de Ambato con un 55,6%, el 10,2% habitan en Pelileo, en Latacunga el 7,9%, el 3,3% de Salcedo y, el 1% en Baños. Ahora bien, con igual porcentaje de 2% son de Quito, Píllaro y Riobamba, el 1,3% en Quero, Patate y Saquisilí, además, el 0,8% de la muestra viven en Guaranda, Puyo. No solo estas ciudades tienen el mismo porcentaje, sino, también, Cayambe, Cevallos, Cotopaxi, El Chaco, Ibarra, Loja, Machala, Santo Domingo, Tena y Tisaleo con el 0,5%. Así mismo con el 0,3% se encuentran las ciudades Almería, Guayaquil, La Maná, Lorca, Machachi, Mocha, Montalvo, Moraspungo, Otavalo, Pichincha, Puerto Francisco de Orellana, San Gabriel, San Miguel de Bolívar, Shell, Sigchos, Zamora y Zumbahua. Los resultados fueron recopilados a partir de los datos de 41 ciudades.

En el siguiente punto se describen la información acerca de la ciudad de domicilio actual, sector domiciliario, convivencia actual y edad de la muestra. Los resultados se muestran a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6. Análisis estadístico de las variables personales

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia (f)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Ciudad de domicilio actual</i>		
Almería	1	0,3
Alóag	1	0,3
Alobamba	1	0,3
Ambato	217	55,1
Babahoyo	1	0,3
Baños	8	2,0
Cayambe	1	0,3
Cevallos	6	1,5
El Chaco	2	0,5
Guaranda	3	0,8
Guayaquil	1	0,3
Latacunga	36	9,1
Machachi	1	0,3
Mocha	1	0,3
Montalvo	1	0,3
Moraspungo	1	0,3
Patate	2	0,5
Pelileo	46	11,7
Píllaro	9	2,3
Pujilí	6	1,5
Puyango	1	0,3
Puyo	4	1,0
Quero	8	2,0
Quito	9	2,3
Riobamba	4	1,0
Salcedo	12	3,0
San Gabriel	1	0,3
San Miguel de Bolívar	1	0,3
Santo Domingo	1	0,3
Saquisilí	6	1,5
Tena	1	0,3
Tisaleo	1	0,3
<i>Sector de domicilio</i>		
Urbano	260	66,0
Rural	134	34,0
<i>Convivencia actual</i>		
Con mis padres	313	79,4
Solo	14	3,6
Otro	67	17,0
(s)		
<i>Edad</i>	21,97	2,72

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación a 394 participantes.

En lo que se refiere al sector domiciliario actual, existe mayor porcentaje en la ciudad de Ambato con un 55,1%. En cuanto a Pelileo representa el 11,7%, mientras que el 9,1% a Latacunga, el 3% a Salcedo, el 2,3% a Quito y Píllaro y, el 2% a Baños y Quero. Por otro lado, las ciudades con el porcentaje igual de habitantes son Cevallos, Pujilí y Saquisilí con 1,5%. Al igual que Puyo y Riobamba con el 1%, mientras que Guaranda figura el 0,8%. Con

un 0,5% en El Chaco y Patate. De la misma manera, con el mismo porcentaje de habitantes son Almería, Alóag, Babahoyo, Cayambe, Guayaquil, Machachi, Mocha, Montalvo, Moraspungo, Puyango, San Gabriel, San Miguel de Bolívar, Santo Domingo, Tena y Tisaleo con el 0,3%. Por último, se encontró 32 ciudades.

En cuanto al sector de domicilio, el 66% de participantes reside en la zona urbana, distinto del sector rural pues este representa el 34%. Acerca de la convivencia actual, el 79,4% vive con sus padres, mientras que el 3,6% viven solos y el 17% moran con otros. En último término, la edad de la muestra desprende una media de 21,7 y una desviación estándar de 2,72, por lo cual se estima una edad adecuada para el desarrollo de la investigación en un universo de estudiantes universitarios.

VARIABLES DE SALUD

En este apartado, se detallan los datos acerca de los problemas de salud mental, misma que está compuesta de: presencia y diagnóstico de problema psicológico y ausencia de problema psicológico. A continuación, en la Tabla 7 se expone la data con frecuencia (*f*) y porcentaje (%).

Tabla 7. Análisis estadístico de las variables de salud

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Problema de salud mental o psicológico		
Presencia y diagnóstico de problema psicológico	25	6,3
Ausencia de problema psicológico	369	93,7

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación a 394 participantes.

Mediante la tabla, se observa que existe un porcentaje elevado del 93,7% en cuanto a las personas que no poseen trastorno, mientras que los sujetos que sí o poseen representan nada más que el 6,3%. Es decir, la mayor parte de los participantes carecen de afecciones psicológicas.

VARIABLES ACADÉMICAS

En la siguiente sección se muestran la información acerca de la variable universidad, distribuida en: rendimiento académico, repetición de semestre y toma de materias de semestres previos. Los datos se observan en la Tabla 8 a continuación.

Tabla 8. Análisis estadístico de las variables académicas

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia (f)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Universidad		
UTA, PUCE-A, UNIANDES, UTI	394	100,0
Rendimiento académico		
Deficiente	1	0,3
Regular	13	3,3
Bueno	162	41,1
Muy Bueno	199	50,5
Sobresaliente	19	4,8
Repetición de semestre o nivel		
No	388	98,5
Sí	6	1,5
Toma de materias de semestres previos		
No	370	93,9
Sí	24	6,1

Nota: La información fue alcanzada a partir de la evaluación a 394 participantes.

El 100% de la muestra está distribuida indistintamente entre las universidades UTA, PUCE-A, UNIANDES y UTI. En segunda instancia, con relación al rendimiento académico desprende que el 0,3% tiene un desempeño deficiente, el 3,3% regular, el 41,1% bueno, el 50,5% muy bueno, y, finalmente, el 4,8% es sobresaliente. Otro elemento es la repetición de semestre o nivel, el 98,5% representa a quienes no lo han hecho y el 1,5% a quienes sí. Por último, la variable de toma de materias de semestres previos, con mayor prevalencia del 93,9% son de aquellos que no lo han hecho, mientras que el 6,1% sí.

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y LABORALES

En la siguiente Tabla 9 se presenta los datos acerca de la situación socioeconómica de los estudiantes universitarios la cual esta seccionada en los ítems: mal, regular, buena y muy buena. Por otro lado, se expone su situación académica y laboral que está dividida en: estudio

y no trabajo y, estudio y trabajo. Esta información está representada con su respectiva frecuencia (*f*) y porcentaje (%).

Tabla 9. Análisis estadístico de las variables socioeconómicas y laborales

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia (f)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Situación socioeconómica familiar</i>		
Mala	26	6,6
Regular	208	52,8
Buena	152	38,6
Muy buena	8	2,0
<i>Situación académica y laboral</i>		
Estudio y no trabajo	225	57,1
Estudio y trabajo	169	42,9

Nota: Los datos fueron alcanzados a partir de la evaluación a 394 participantes.

A partir de los datos mostrados en la tabla, se estima que el 6,6% de los estudiantes están socioeconómicamente mal, el 52,8% regular, el 38,6% buena y sólo el 2% poseen una condición socioeconómica familiar muy buena. Para finalizar, en cuanto a la situación académica y laboral de los estudiantes, el 57,1% estudia y no trabaja, a diferencia de aquellos que estudian y trabajan con un 42,9%. Estadísticamente no existe una diferencia significativa entre los universitarios que estudian y no trabajan de los que sí lo hacen, es decir, la mayoría de los participantes tienen una condición socioeconómica regular, aun así, los estudiantes continúan desempeñándose de manera buena en sus obligaciones académicas universitarias.

2.4. Procedimiento

Para la elaboración de la presente investigación, se procedió a estructurar el plan del proyecto mediante la búsqueda de material bibliográfico acerca de las variables de interés, además, de la revisión de las baterías psicológicas aptas para ser aplicadas en el proyecto de titulación. Luego de las revisiones y correcciones necesarias se solicitó la aprobación por parte de la dirección de la Escuela de Psicología de la PUCE-A. Tras haberse aprobado dicho plan, se comenzó a realizar la revisión de recursos bibliográficos con respecto a las variables objeto de estudio para poder elaborar el marco teórico, mismo que se sustentaría con información válida y comprobada. Para el desarrollo del estado del arte o también conocido como marco teórico, se llevó al cabo de enero y febrero con el respaldo de fuentes verídicas de artículos y producción científica de repositorios, revistas y libros publicados a nivel mundial. Al

terminar la sección teórica del proyecto, se comenzó a redactar el capítulo del marco metodológico a mediados del mes de marzo.

Después, al tener los recursos literarios suficientes, con el capítulo del marco teórico y metodológico casi listos y tener identificadas las herramientas que se utilizarían en el estudio y el universo de interés, se estableció la muestra a partir de una fórmula estadística, así como la elección de los instrumentos a aplicar. Dicha muestra estuvo formada por 394 estudiantes de las universidades de la ciudad de Ambato, tales como Universidad Técnica de Ambato (UTA), Pontificia Universidad Técnica de Ambato (PUCE-A), Universidad Tecnológica Indoamérica (UTI) y UNIANDES. Como primer paso se realizó las solicitudes respectivas dirigidas hacia los encargados de cada Escuela/Facultad para dar paso a la evaluación de los estudiantes universitarios mediante los instrumentos seleccionados, mismos que se los digitalizó en Google Forms por tema de la emergencia sanitaria a nivel mundial por Covid-19 y precautelar la bioseguridad de los involucrados y que el estudio no se vea afectado por el mismo, se optó por aplicar de manera online las baterías. A los participantes se les empleó la ficha sociodemográfica y los reactivos psicológicos siguientes: Escala de Autoeficacia General (EAG), Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA), Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) y Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). La selección de los instrumentos estuvo sujeta a algunas condiciones tales como: validez, confiabilidad y sobre todo que sea apta para ser aplicada en el contexto ecuatoriano.

La aplicación de los cuestionarios, como se mencionó anteriormente, se ejecutó de manera virtual a la muestra seleccionada de las distintas universidades de la ciudad de Ambato. El llenado de las escalas tomó alrededor de 30 a 45 minutos máximo. Tras haberse completado los formularios, por medio del software SPSS v.25 se desarrolló la interpretación, sistematización y análisis correlacional y descriptivo de los datos arrojados por los instrumentos, mismos que servirán para comprobar o descartar la hipótesis planteada inicialmente. Por último, se realizó una propuesta explicativa acerca de los resultados alcanzados durante el proyecto de investigación, mediante conclusiones y recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos

En el siguiente capítulo se exponen los resultados recopilados del análisis correlacional y descriptivo de acuerdo con el levantamiento de información de la muestra a partir de la valoración transversal preliminar. Se evaluó mediante herramientas fiables y válidas de acuerdo con las variables de interés: Autoeficacia General, Autoeficacia Académica y Salud mental.

3.1.1. Análisis descriptivo de las escalas de Autoeficacia

Para el análisis descriptivo de la variable de autoeficacia se realizó un análisis estadístico de las escalas de autoeficacia general y autoeficacia percibida en situaciones académicas. en la Tabla 10 se muestra los estadísticos descriptivos de la *Escala de Autoeficacia General* y la *Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas*.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las escalas EAG y EAPESA

<i>Escalas</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>
<i>Autoeficacia general (EAG)</i>	10	40	31,3	6,108
<i>Percibida en Situaciones Académicas (EAPESA)</i>	10	40	29,8	6,227

Fuente: Escala de Autoeficacia General y Escala de Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

En primer lugar, se observa que los estudiantes objeto de estudio en el análisis descriptivo de la escala de autoeficacia general alcanza un mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos, con una valoración promedio de $M = 31.3$ ($Ds = 6.108$). Hay una dispersión con desviación estándar de 6,11. Los alumnos con menor percepción de confianza en sus capacidades para controlar adecuadamente las situaciones de estrés tienen valoraciones de 10, mientras que los de mayor autoeficacia general alcanzan la puntuación máxima de 40. (La mayoría de los alumnos alcanza puntuaciones de 32 o más en la escala).

En segundo lugar, se muestra los estadísticos descriptivos de la *Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas*. Se observa que los estudiantes objeto de estudio alcanzan una valoración promedio de 29.7 (de una puntuación total máxima de 40).

Hay una dispersión con desviación estándar de 6.2. Los alumnos con menor percepción de su capacidad para desempeñar con éxito las actividades académicas tienen valoraciones de 10, mientras que los de mayor de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas alcanzan la puntuación máxima de 40. (La mayoría de los alumnos alcanza puntuaciones de 30 o más en la escala).

3.1.2. Análisis descriptivo de Salud Mental

En cuanto al análisis descriptivo de la variable de salud mental se efectuó un análisis estadístico de la escala de General Health Questionnaire (GHQ28), a continuación, en la Tabla 11 se muestra los estadísticos descriptivos alcanzados.

Tabla 11. Análisis estadístico del General Health Questionnaire (GHQ 28)

<i>Dimensiones</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>
<i>A. Síntomas somáticos</i>	0	18	4,85	3,787
<i>B. Ansiedad e insomnio</i>	0	21	6,63	5,104
<i>C. Disfunción social</i>	0	17	6,237	3,312
<i>D. Depresión grave</i>	0	20	3,693	4,536

Fuente: General Health Questionnaire (GHQ28)

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

En primer lugar, en el análisis descriptivo de la dimensión de ‘síntomas somáticos’ del GHQ-28 se observa que la muestra analizada alcanza una puntuación mínima de 0 y máxima de 18 con una media de $M = 4.85$ ($Ds = 3.787$). Lo cual, es interpretado como una baja presencia de síntomas somáticos. (La mayoría de alumnos tienen puntuaciones de 4 o menos).

Por otro lado, en la dimensión de ‘ansiedad e insomnio’ evaluados con el test GHQ – 28. Se observa que los estudiantes objeto de estudio alcanzan una valoración promedio de 6,63 (de una puntuación total máxima de 21). Hay una dispersión con desviación estándar de 5,104. Los alumnos con menor manifestación de ansiedad e insomnio tienen valoraciones de 0, mientras que la mayor puntuación es 21. (La mayoría de alumnos tienen puntuaciones de 6 o menos).

En cuanto a los estadísticos descriptivos de la ‘disfunción social’, evaluados con el *test GHQ* – 28. Se observa que los estudiantes objeto de estudio alcanzan una valoración promedio de 6.2 (de una puntuación total máxima de 21). Hay una dispersión con desviación estándar de

3.3. Los alumnos con menos disfunción social tienen valoraciones de 0, mientras que la mayor puntuación es 17. (La mayoría de los alumnos tienen puntuaciones de 6 o menos).

Por último, los estadísticos descriptivos de la ‘depresión grave’, evaluados con la prueba *GHQ* – 28. Se observa que los estudiantes objeto de estudio alcanzan una valoración promedio de 3.6 (de una puntuación total máxima de 21). Hay una dispersión con desviación estándar de 4,53. Los alumnos con menor depresión grave tienen valoraciones de 0, mientras que los de mayor depresión alcanzan una puntuación de 20. (La mayoría de los alumnos tienen puntuaciones de 3 o menos).

3.1.2.1. Análisis descriptivo de Salud Mental de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

Para el análisis descriptivo de la variable de salud mental se realizó un análisis estadístico de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF). En la Tabla 12 se muestra los resultados alcanzados.

Tabla 12. Análisis estadístico de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

<i>Escala</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>
<i>Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)</i>	14	70	49,62	10,71

Fuente: Escala del Continuum de Salud Mental

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

Se observa que los estudiantes objeto de estudio alcanzan una valoración promedio de 49,62 (de una puntuación total máxima de 70. Hay una dispersión con desviación estándar de 10,71. Los alumnos con menor salud mental positiva tienen valoraciones de 14, mientras que los de mayor puntuación alcanzan 70. (La mayoría de los alumnos tienen puntuaciones de 50 o más).

Validación de la hipótesis

Hipótesis de investigación

La autoeficacia general y académica influyen en la salud mental de los estudiantes universitarios de la ciudad de Ambato.

Metodología para la validación de la hipótesis

La selección del método estadístico apropiado para la verificación de la hipótesis considera la metodología aplicada en el estudio de campo y las características de los datos con los que se miden las variables. En base a estos criterios se establece el carácter no experimental del estudio; donde, se aplican test psicológicos para cada variable. Las pruebas usadas miden la autoeficacia general, académica y la salud mental mediante escalas cuantitativas (números puros). Esto cumple las condiciones para un análisis de correlación.

Como los datos son cuantitativos se requiere la aplicación de una prueba de normalidad para determinar el uso de un método paramétrico o no paramétrico para el análisis de correlación. Debido al tamaño de la muestra mayor a 50 se aplica la prueba de normalidad de Kolmogorov—Smirnov, para ello se usa el software SPSS 25.

La regla de decisión de la prueba de normalidad es:

H_0 : La serie de datos es normal

H_1 : La serie de datos no es normal

Tabla 13. Resultados de la prueba de normalidad

	<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
<i>Escala de Autoeficacia general</i>	0,083	160	0,010
<i>Escala de Autoeficacia Percibida</i>	0,089	160	0,003
<i>Específica de Situaciones Académicas</i>	0,140	160	0,000
<i>Síntomas Somáticos</i>	0,099	160	0,001
<i>Ansiedad e Insomnio</i>	0,134	160	0,000
<i>Depresión Grave</i>	0,227	160	0,000
<i>Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)</i>	0,061	160	0,2

Fuente: Test GHQ – 28 y Escala del Continuum de Salud Mental.

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

Los valores de prueba (Sig.) mostrados en la tabla 13 indican normalidad únicamente en la serie de datos de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF). Por esta razón se requiere la aplicación de una prueba no paramétrica, es decir, el coeficiente adecuado para el análisis de correlación es Spearman.

Hipótesis estadísticas

H_0 : No hay correlación entre las variables.

H_1 : Hay correlación entre las variables.

Nivel de significancia y regla de decisión

Con un nivel de significancia $\alpha = 5\%$ se plantean las siguientes reglas de decisión:

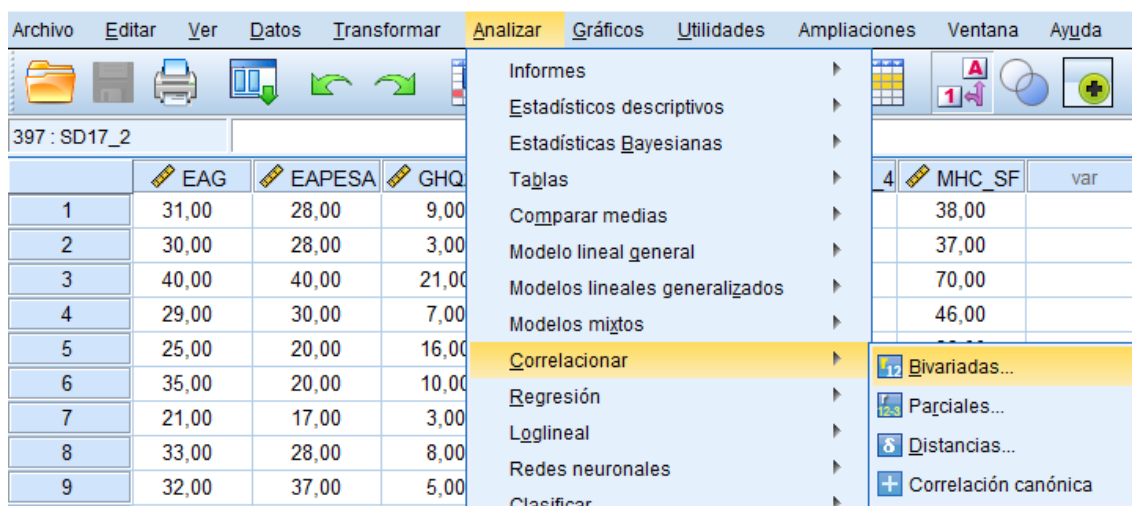
$$H_0: P_{valor} > 0,05$$

$$H_1: P_{valor} \leq 0,05$$

Cálculo

El cálculo se realizó mediante el uso del software estadístico SPSS 25 (gráficos 2 y 3).

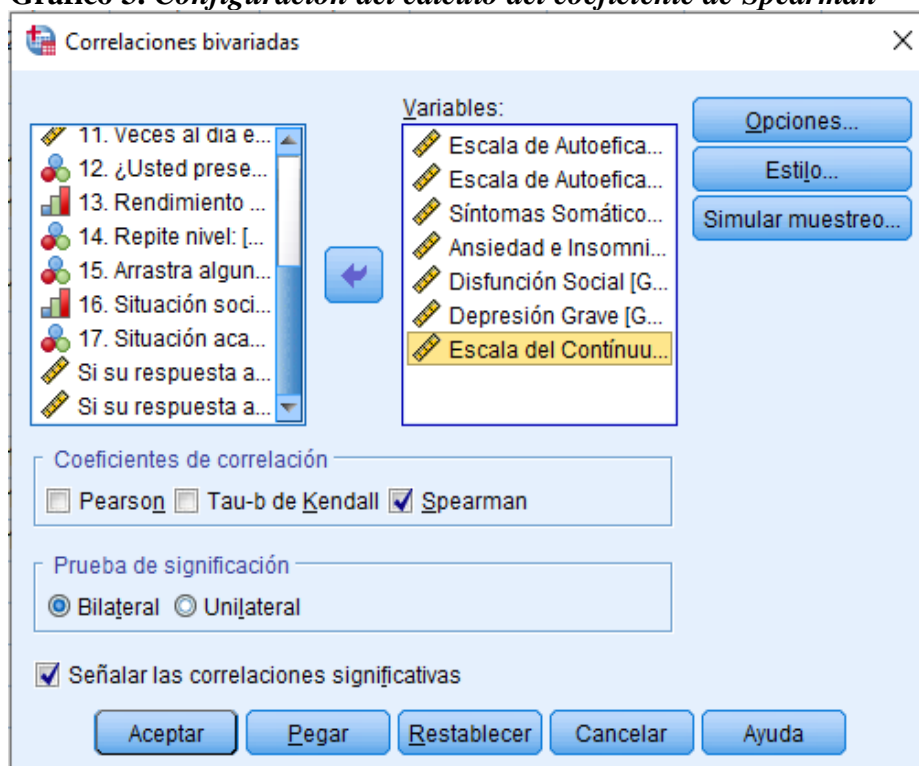
Gráfico 2. Ruta para el cálculo de la correlación



Fuente: SPSS 25

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

Gráfico 3. Configuración del cálculo del coeficiente de Spearman



Fuente: SPSS 25

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

A continuación, en la Tabla 14 se muestra la información obtenida a partir del cálculo mediante el coeficiente de Spearman.

Tabla 14. Análisis de correlación de Spearman

	<i>Escala de Autoeficacia General</i>		<i>Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones</i>	
	<i>rho</i>	<i>Sig.</i>	<i>rho</i>	<i>Sig.</i>
<i>Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)</i>	0.508	0.00	0.501	0.00
<i>Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28)</i>				
<i>Síntomas somáticos</i>	-0.273	0.00	-0.297	0.00
<i>Ansiedad e insomnio</i>	-0.295	0.00	-0.324	0.00
<i>Disfunción social</i>	-0.427	0.00	-0.393	0.00
<i>Depresión grave</i>	-0.414	0.00	-0.335	0.00

Fuente: SPSS 25

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

De acuerdo con los datos exhibidos en la Tabla 14, se observa que existe una correlación fuerte y positiva entre la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) y la Escala de Autoeficacia Académica con un 0.508. Además, la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) tuvo una correlación alta y positiva con la Escala de Autoeficacia Percibida

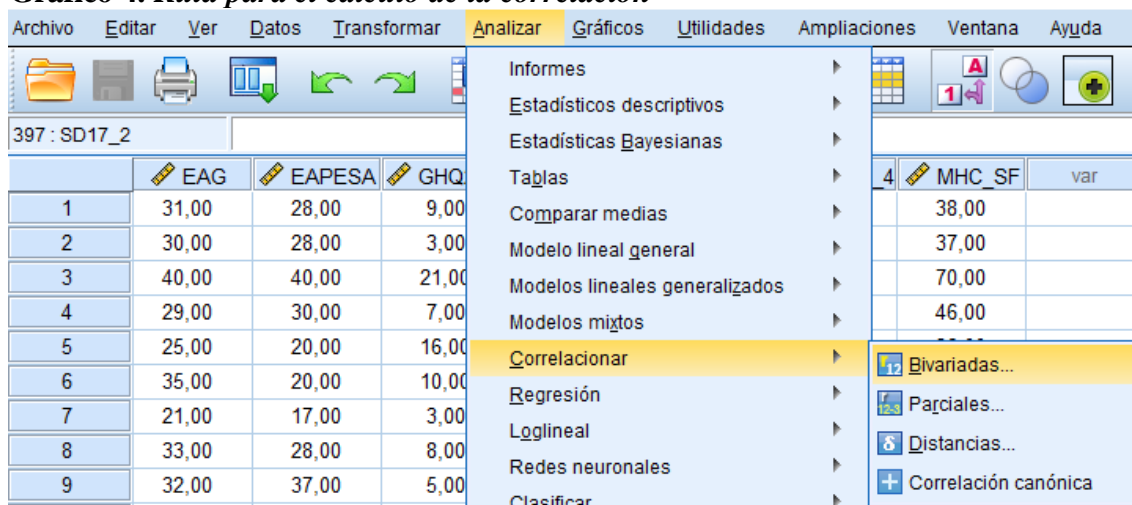
Específica de Situaciones con un 0.501. Es decir, las variables autoeficacia y salud mental tienen alto nivel de relación, pues a medida que una variable acrecienta, la otra variable, también, aumenta.

En cuanto a los resultados estadísticos encontrados del factor ‘síntomas somáticos’, evaluado con la herramienta GHQ-28, se encontró una correlación inversa débil tanto con la variable autoeficacia general con un -0.273 y con la variable autoeficacia académica con un -0.297. En cuanto a la dimensión ‘ansiedad e insomnio’, del test GHQ-28 tiene una relación inversa débil con la percepción de autoeficacia, mientras que con la autoeficacia académica tiene una correlación inversa media con un -0.324. Con respecto a los estadísticos de ‘disfunción social’ se encontró que existe una correlación inversa media tanto con la variable autoeficacia con un -0.427, mientras que con la variable autoeficacia académica con un -0.393. Finalmente, el factor de ‘depresión grave’, valorada con la herramienta GHQ-28 se observa que existe una correlación inversa media con la variable autoeficacia general con un -0.414, al igual que con la variable autoeficacia académica con un -0.335. A pesar de que se realizó una prueba de normalidad y esta haya sugerido aplicar el coeficiente de Spearman puesto a que los datos que se desprendieron son no paramétricos. Se optó por analizar los datos mediante Pearson, la diferencia encontrada no fue significativa.

A continuación, se muestra el cálculo realizado mediante los gráficos 3 y 4.

El cálculo se realizó mediante el uso del software estadístico SPSS 25 (gráficos 4 y 5).

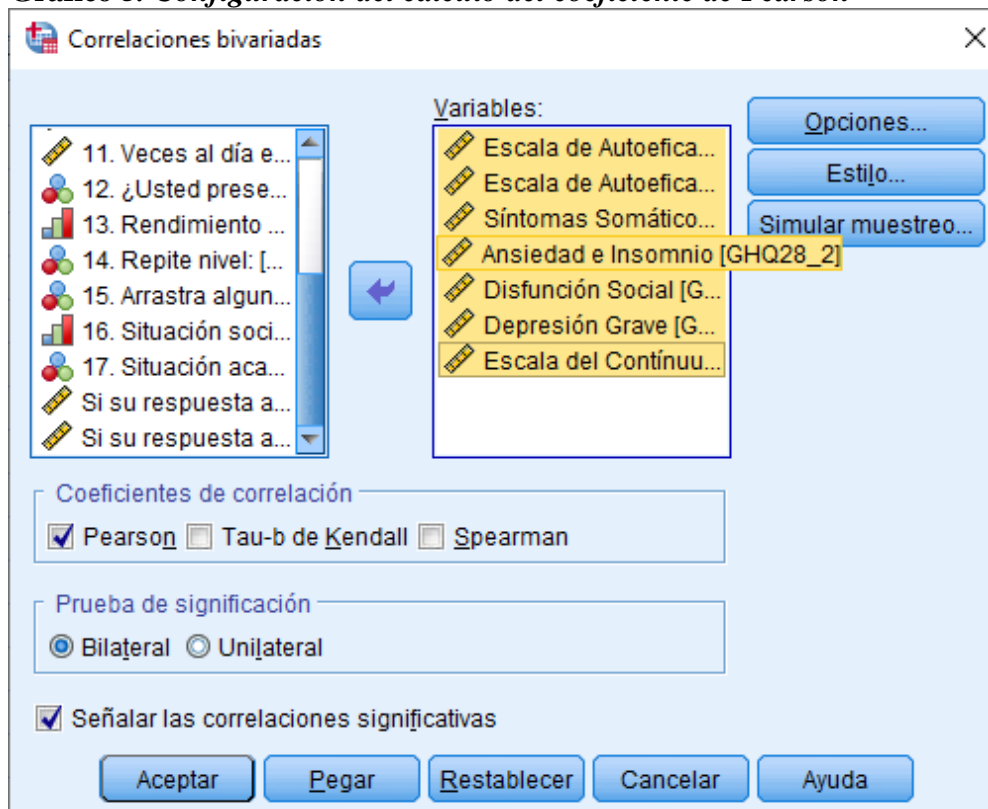
Gráfico 4. Ruta para el cálculo de la correlación



Fuente: SPSS 25

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

Gráfico 5. Configuración del cálculo del coeficiente de Pearson



Fuente: SPSS 25

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021)

A partir del cálculo realizado mediante Pearson, los datos arrojados *sobre las variables autoeficacia y salud mental* se muestran a continuación en la Tabla 15. La significación asintótica (bilateral) es inferior al nivel de significancia ($\alpha = 5\%$) en todas las correlaciones planteadas. De acuerdo con los coeficientes de correlación se determina lo siguiente:

Tabla 15. Análisis correlacional de Autoeficacia General con las dimensiones del GHQ

<i>Dimensiones GHQ-28</i>	<i>Escala de autoeficacia general</i>	
	<i>r</i>	<i>α</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	-0.233	0.00*
<i>Ansiedad e insomnio</i>	-0.264	0.00*
<i>Disfunción social</i>	-0.366	0.00*
<i>Depresión grave</i>	-0.365	0.00*

Nota: *La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$.

Fuente: SPSS 25.

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021).

A partir de lo observado, los datos muestran que la autoeficacia general tiene una correlación inversa débil con los síntomas somáticos (-0.233; $p < 0,01$). Del mismo modo, la autoeficacia general tiene una correlación inversa débil con la ansiedad e insomnio (-0.264; $p < 0,01$). También, tiene una correlación inversa media con la disfunción social (-0.366; $p < 0,01$). Por último, tiene una correlación inversa media con la depresión grave (-0.365; $p < 0,01$). Es decir, a mayor autoeficacia general menos presentes estarán en la vida del paciente padecimientos psicosomáticos o algún tipo de desequilibrio.

Tabla 16. Análisis correlacional de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica en Situaciones Académicas con las dimensiones del GHQ

<i>Dimensiones GHQ-28</i>	<i>Escala de Autoeficacia Percibida Específica en Situaciones Académicas</i>	
	<i>R</i>	<i>α</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	-0.247	0.00*
<i>Ansiedad e insomnio</i>	-0.298	0.00*
<i>Disfunción social</i>	-0.336	0.00*
<i>Depresión grave</i>	-0.282	0.00*

Nota: *La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$.

Fuente: SPSS 25.

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021).

De acuerdo con la Tabla 16, los datos reflejan que la autoeficacia percibida específica de situaciones académicas tiene una correlación inversa débil con los síntomas somáticos (-0.247; $p < 0,01$); ansiedad e insomnio (-0.298; $p < 0,01$). Por otro lado, tiene una correlación inversa media con la disfunción social (-0.336; $p < 0,01$). Así como con la depresión grave (-0.282; $p < 0,01$). Dicho de en otras palabras, mientras exista mayor autoeficacia percibida específica en situaciones académica en menor grado estarán presentes los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, así como con la disfunción social y depresión grave.

Tabla 17. Análisis correlacional de la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas con la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

<i>Escalas</i>	<i>Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)</i>	
	<i>r</i>	<i>A</i>
<i>Escala de autoeficacia general</i>	0.511	0.00*
<i>Escala de Autoeficacia Percibida Específica en Situaciones Académicas</i>	0.518	0.00*

Nota: *La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$.

Fuente: SPSS 25.

Elaborado por: Doménica Villafuerte (2021).

Los resultados arrojados a partir del análisis correlacional demuestran que la autoeficacia general (-0.511 ; $p < 0,01$) y la autoeficacia percibida específica de situaciones académicas (-0.518 ; $p < 0,01$) tienen una correlación directa media con la salud mental positiva. Esto quiere decir que, si existen mayores niveles de autoeficacia tanto general como académica el sujeto obtiene experiencias de bienestar, dinámica positiva con los demás, sentido de bienestar y autoaceptación.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- A propósito de la fundamentación teórica de las variables objeto de estudio se distingue que existe información variada sobre estudios realizados en su mayoría a nivel internacional, en su mayoría. Los estudios realizados en Latinoamérica se logró encontrar información que apoyó al desarrollo de esta investigación, pues al haber realizado en población ecuatoriana, dichas investigaciones sustentaron de manera viable y satisfactoria la parte teórica del proyecto de titulación. A partir de estas, y de acuerdo con varios enfoques se llega a la conclusión de que la autoeficacia es aquella percepción que tiene el sujeto acerca de sus habilidades para ejecutar una acción o tarea específica, estas logran ser altas o bajas, dichas creencias se interrelacionan con las emociones, conductas y cogniciones.
- En cuanto a la variable de salud mental, se concluye que es la base de bienestar del sujeto en la áreas física, mental, laboral y social, pues no solo se considera que una persona es saludable cuando esta no posee afecciones físicas sino, también, cuando no tiene trastorno o desbalance psicológico alguno.
- En cuanto a la información sociodemográfica se encontró que el 69% de los participantes son varones y el 31% son mujeres. En cuanto a la edad existe una media de 21,97 años. Además, no se halló dificultades que afecten el desempeño en general de los estudiantes universitarios pues su respuesta en cuanto a la situación económica, social, académica y personal fueron satisfactorias. En cuanto a la autoeficacia se alcanzó, mediante un análisis descriptivo, que los estudiantes tienen un nivel alto de autoeficacia general con una media de 31,3. En cuanto a la autoeficacia percibida específica en situaciones académicas, es estudio desprendió que existe un buen nivel, es decir, los estudiantes poseen las facultades y capacidades para ejercer una tarea académica de manera satisfactoria.

- En cuanto a la variable de salud mental, dentro de la escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF), los resultados muestran que los participantes denotan una salud mental positiva, es decir, demuestran estadísticamente que la mayoría respondió sobre los 50 puntos, por tanto, reflejan bienestar emocional, social y psicológico. Por otra parte, los encuestados demostraron que de acuerdo con los factores síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, generalmente se posicionan debajo del punto de corte, dicho de otra manera, no es necesario que se aplique evaluaciones exhaustivas a la muestra objeto de estudio.
- En el análisis correlacional se encontró que en los estudiantes universitarios existe relación en cuanto al estado de su salud mental y su expectativa de autoeficacia general y académica, lo que confirma favorablemente así el objetivo general del proyecto de investigación.

RECOMENDACIONES

- El estudio de la salud mental es esencial para conocer los distintos síntomas clínicos que presentan los estudiantes universitarios durante su etapa académica para la pronta intervención y desarrollar estrategias que ayuden al mejor desempeño para procurar una mejor calidad de vida del estudiante durante la época universitaria para la formación de profesionales capaces de ejercer y aportar de manera óptima en la sociedad actual.
- El presente estudio pretende aportar a la comunidad científica, por tanto, serían utilizadas como referencia para futuras investigaciones, considerar otra población y/o relacionar con otras variables.
- Al tener en cuenta los resultados obtenidos, se necesita realizar intervenciones y programas que refuercen o incentiven a los estudiantes universitarios en pro a su crecimiento y fortalecimiento en cuanto a sus expectativas de vida y desempeño en la dinámica social.

- Se sugiere realizar el estudio después de la pandemia por Covid-19, debido a que es un factor que podría influir en los resultados del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.
- Arguedas-Arguedas, O. (2010). Tipos de diseño en estudios de investigación biomédica. *Acta Médica Costarricense*, 52 (1), 16-18. Disponible en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000100004&lng=en&tlng=es
- Arrigoni, F., Marchena-Consejero, E., & Navarro-Guzmán, J. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del Protocolo Unificado transdiagnóstico con estudiantes universitarios españoles. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149-169.
- Baltes, P. B., y Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: from Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: N.H. Freeman.
- Barraza, A., & Olivas, A. (2016). *Expectativas de Autoeficacia Académica en Alumnos de Bachillerato Técnico de la ciudad de Durango*. México: Universidad Pedagógica de Durango.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Bilbao, M. (2008). *Creencias Sociales y Bienestar: valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico*. Tesis Doctoral. San Sebastián: Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco.

- Blanco Vega, H., Ornelas Contreras, M., Aguirre Chávez, J. F., & Guedea Delgado, J. C. (2012). Autoeficacia percibida en conductas académicas: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista mexicana de investigación educativa*, 17(53), 557-571.
- Brabete, A. C. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 items (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(37), 11-29.
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C., & Aguilar-Sizer, M. (2018). Adaptación al español de la escala de autoeficacia general para su uso en el contexto ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(48), 5-17.
- Calderón-Garcidueñas, L., Calderón-Garcidueñas, A., Torres-Jardón, R., Avila-Ramírez, J., Kulesza, R. J., & Angiulli, A. D. (2015). Air pollution and your brain: what do you need to know right now. *Primary health care research & development*, 16(4), 329-345.
- Cámara, P. S., Lara, R. M. M., Jiménez, B. M., & Rodríguez, P. J. (2016). Estructura factorial del Cuestionario de Salud General GHQ-12 en población general de México. *Salud & Sociedad*, 7(1), 62-76.
- Campos, G., & Martínez, N. E. L. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45-60.
- Caro, I. (1987). Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de psicología*, 16(4), 61-89.
- Chamba, K. (2018). Salud mental positiva en personas adultas con discapacidad física que practican deporte en Cuenca [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Universidad de Cuenca.
- Chau, C., & Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(2), 387-422.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 138(5), 551-557.

- Covarrubias, C. G., & Mendoza Lira, M. (2015). Sentimiento de autoeficacia en una muestra de profesores chilenos desde las perspectivas de género y experiencia. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 41(1), 63-78.
- Covey, R. (2015). *Los 7 Hábitos de la Gente Altamente Efectiva: Edición de Imágenes*. Mango Media Inc.
- Delgado, B., Martínez-Montegudo, M. C., Rodríguez, J. R., & Escortell Sánchez, R. (2019). La autoeficacia académica y la inteligencia emocional como factores asociados al éxito académico de los estudiantes universitarios.
- Díaz, T. (2020). Análisis de diversas técnicas de reducción de ansiedad prequirúrgica en el niño y tutores.
- Domínguez-Lara, S. A. (2016). Evaluación de la confiabilidad del constructo mediante el Coeficiente H: breve revisión conceptual y aplicaciones. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(2), 87-94.
- Dominguez-Lara, S. A., & Merino-Soto, C. (2016). Análisis Estructural de la Escala de Afrontamiento ante la Ansiedad e Incertidumbre Pre-examen (COPEAU) en universitarios peruanos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 32-47.
- Domjan, M. (2019). *Fundamentos del condicionamiento y el aprendizaje*. Manual Moderno.
- Elias, S. M., & Loomis, R. J. (2002) Utilizing need for cognition and perceived self-efficacy to predict academic performance
- Escuderos, A. M., Colorado, Y. S., & Sañudo, J. P. (2017). Burnout académico y síntomas relacionados con problemas de salud mental en universitarios colombianos. *Psychologia*, 11(2), 45-55.
- Fernández-Berrocal, P., & Pacheco, N. E. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de educación*, 29(1), 1-6.
- Galende E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

- García, J. M., & Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Ruiz, C., Díaz, Á., Pérez, E., & Martínez, M. C. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en una muestra de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista Europea de Educación y Psicología*, 3(1), 61-73. ISSN: 1888-8992. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1293/129313736005>
- García, J. M., Inglés, C. J., Vicent, M., & González, C., Pérez, A. M., & San Martín, N. L. (2016). Validación de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en Chile y su Relación con las Estrategias de Aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(41), 118-131. ISSN: 1135-3848. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459646901011>
- García, R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., Ruiz-Esteban, C., Díaz-Herrero, Á., Pérez-Fernández, E., & Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en una muestra de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 3(1).
- Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26(13), 1-16.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1):191-7. doi: 10.1017/s0033291796004242. PMID: 9122299.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205. ISSN: 0325-8203. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180/18011827002>

- Guerrero, J., & Barrios, Y. I. P. (2007). Productividad, trabajo y salud: la perspectiva psicosocial. *Revista colombiana de psicología*, 16, 203-234.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1997). Capítulo 5. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. *Metodología de la investigación*, 99-118.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGRawHill.
- Izaguirre, E. M. (2010). Conciencia y evolución. *Horizonte Médico*, 10(1), 37-41. ISSN: 1727-558X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3716/371637119005>
- Jimenez, A. S. P. (2018). Autoeficacia académica y las barreras para la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en Estudiantes Universitarios de Lima. *Revista Científica Ágora*, 5(2), e5-e5.
- Jiménez, J. L. L., Rodríguez, A. S., Hernández, J. C. L., Garza, A. C., & Mejía, A. R. (2011). Eficiencia y validez concurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria de México. *Revista de Investigación Clínica*, 63(6), 590-600.
- Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(2), 1007-1022
- Lamata, F. (2002). Transferencias y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(81), 3-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019663001>
- Lara, S. D., Yauri, C., Mattos, E., & Ramírez, F. (2012). Propiedades psicométricas de una escala de autoeficacia para situaciones académicas en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de psicología*, 2, 27-40.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer

- Lemos, M., Henao Pérez, M., & López Medina, D. C. (2018). Estrés y salud mental en estudiantes de medicina. Relación con afrontamiento y actividades extracurriculares. *Archivos de Medicina*, 14(2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6499267>
- Macaya, X. C., Pihan, R., & Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive mental health scale: validation of the mental health continuum-short form. *Psico-USF*, 20, 259-274.
- Martínez Godínez, V. L. (2013). Paradigmas de investigación. Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una investigación desde la epistemología dialéctico-crítica.
- Martínez Miguélez, Miguel. (2013). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 07-33.
- Mebarak, M., De Castro, A., del Pilar Salamanca, M., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 40(23), 83-112.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica. Colombia. Universidad Surcolombiana.
- Monterroso, J. (2012). Relación entre Autoeficacia General Percibida y Rendimiento Académico en un Centro Educativo Laboral para Jóvenes Residentes en Asentamientos Precarios de la Ciudad de Guatemala. Guatemala de la Asunción.
- Moreta-Herrera, R., Lara-Salazar, M., Camacho-Bonilla, P., & Sánchez-Guevera, S. (2019). Análisis factorial, fiabilidad y validez de la escala de autoeficacia general (EAG) en estudiantes ecuatorianos. *Psychology, Society & Education*, 11(2), 193-204. <https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2024>
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Ramos-Ramírez, M. & López-Castro, J. (2018). Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg

- (GHQ-12) en universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 35-42
- Moreta-Herrera, R., Montes de Oca, C., Navarro Cuellar, L. F., & Villegas Villacrés, N. (2021). Validez factorial con estimación robusta de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (Eapesa) en universitarios ecuatorianos. *Ciencias Psicológicas*, 15(1).
- Moreta-Herrera, R., Zambrano-Estrella, J., Sánchez-Vélez, H., & Naranjo-Vaca, S. (2021). Salud mental en universitarios del Ecuador: síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos. *Pensamiento Psicológico*, 19(1), 1-26.
- Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en Educación*, 7(3), 1-27.
- Olaz, F. (2001). Autoeficacia, diferencias de género y comportamiento vocacional. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13), 86-92.
- Ordóñez-Iriarte, J. M. (2020). Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. (s.d.): Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Palenzuela, D. L. (1983). Construcción y validación de una escala de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas. *Análisis y Modificación de conducta*, 9(21), 185-219.
- Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes, C. L. M., & Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232. doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>

- Perales, A., Izaguirre, M., Sánchez, E., Barahona, L., Martina, M., Amemiya, I., ... & Padilla, A. (2019). Salud mental en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. In *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(80), 443-450.
- Pérez, A. (2000). Producir conocimiento en el campo de la educación. Modelos y paradigmas para pensar la investigación. *Universidad de Málaga. (s.d.)*. 1-19.
- Pillado, C. E., & Almagiá, E. B. (2019). Autoeficacia, apoyo social y bienestar psicológico en estudiantes universitarios asmáticos. *Revista de Psicología*, 14(28), 141-147.
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17.
- Retolaza Balsategui, A., Mostajo, A., De la Rica, J. R., Díaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I., & Markez Alonso, I. (1993). Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 13(46), 187-194.
- Rondón, M. B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(4), 237-238. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&tlng=es.
- Rondón, M. B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 23(4), 237-238.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80
- Sampieri, R. H. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México.
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., & Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación para población Española [The General Self-efficacy Scale: Psychometric data from the Spanish adaptation]. *Psicothema*, 12(2), 509-513.

- Scharager, J., & Reyes, P. (2001). Muestreo no probabilístico. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, 1, 1-3.
- Serrano, G. P. (Ed.). (2000). Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: aplicaciones prácticas. Narcea Ediciones.
- Thompson R, Hornigold L, Page L, et al. (2018). Associations between high ambient temperatures and heat waves with mental health outcomes: a systematic review. *Public Health*. (s.d.)161, 171–91.
- UTEL Universidad. (16 de enero de 2017). Autoeficacia. [Archivo de Vídeo]. <https://www.youtube.com/watch?v=4B6UihDGauQ&t=1876s>
- Valiante, G. (2000) Writing Self-efficacy and Gender Orientation. A developmental Perspective. A Dissertation Proposal. Atlanta: Emory University
- Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., & de la Fe Rodríguez-Muñoz, M. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25(2), 105-110.
- Veiga de Cabo, J., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(210), 81-88.
- Velásquez, A. (2012). Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Revista Pequén*, 2(1), 148-160.
- Veliz-Burgos, A., & Urquijo, P. A. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 3(2), 131-150.
- Yagos, V. (2015). Entorno laboral y estado de salud de los choferes profesionales de la cooperativa de etransportes "Riobamba" periodo enero-mayo del 2015. Ecuador: UNACH.

ANEXOS

Anexo #1. Carta de consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

Sr/a.: _____

Por medio de la presente, se solicita su autorización para la inclusión de su representado, el estudiante _____ como participante en la investigación acerca de La relación entre autoeficacia general y autoeficacia académica con la salud mental en estudiantes universitarios de la ciudad de Ambato.

La presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2021. La presente investigación es dirigida por el Ps. Rodrigo Moreta Herrera docente de PUCE-A y realizada por la estudiante de décimo semestre Doménica Villafuerte. El objetivo de esta investigación consiste en determinar la relación existente o no entre la salud mental y autoeficacia en estudiantes universitarios.

En esta carta se pide a más de su consentimiento para participar en esta investigación, usar la información obtenida de su participación con fines científicos. En el caso de su aceptación, su representado/a, rellenará fichas de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición entorno a las temáticas señaladas. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será anónima y su 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. Los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos y será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto de investigación. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas.

Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso de que lo estime pertinente usted puede recurrir al director de la investigación para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Anexo #2. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

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

INFORMACIÓN GENERAL

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

5. Sector del domicilio: Urbano ___ Rural ___

6. Identificación Étnica:

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

7. Estado Civil:

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

8. Identificación Religiosa:

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

9. Con quién vive actualmente:

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

10. ¿Cómo es la relación con los miembros de su familia?

Muy bueno ___ Bueno ___ Regular ___ Malo ___

11. ¿Usted posee en la actualidad algún problema de salud mental o psicológico significativo? ¿Este problema ha sido diagnosticado por un profesional?

Si ¿cuál? _____ No _____

ESCOLARIDAD

12. Rendimiento Académico:

Sobresaliente ___ Muy Bueno ___ Bueno ___ Regular ___ Deficiente ___

13. Repite algún año: Si ___ No _____

ECONOMÍA Y TRABAJO

14. Situación socioeconómica familiar:

Mala ___ Regular ___ Buena ___ Muy buena ___

15. Situación académica y laboral del estudiante:

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

Anexo #3. Escala de Autoeficacia General

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas.

Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente.

No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Usa la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MAS BIEN CIERTO	CIERTO

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Anexo #4. Escala de Autoeficacia Percibida Especifica en Situaciones Académicas
ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA ESPECÍFICA DE SITUACIONES
ACADÉMICAS

APELLIDOS Y NOMBRE.....

EDAD.....

CENTRO.....**CIUDAD**.....**FEC**

HA.....

CURSO/GRUPO.....

A continuación, encontrarás una serie de preguntas que hacen referencia a tu modo de pensar. Lee cada frase y contesta marcando con una X de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

1. = Nunca.
2. = Algunas veces.
3. = Bastantes veces.
4. = Siempre.

¡Por favor, no dejes ninguna pregunta sin responder!

1. Me considero lo suficientemente capacitado para enfrentarme con éxito a cualquier tarea académica.	1	2	3	4
2. Pienso que tengo bastante capacidad para comprender bien y con rapidez una materia.	1	2	3	4
3. Me siento con confianza para abordar situaciones que ponen a prueba mi capacidad académica.	1	2	3	4
4. Tengo la convicción de que puedo hacer exámenes excelentes.	1	2	3	4
5. Creo que soy una persona bastante capacitada y competente en mi vida académica.	1	2	3	4
6. Me da de lado el que los profesores sean exigentes y duros, pues confío mucho en mi propia capacidad académica.	1	2	3	4
7. Si me lo propongo, creo que tengo la suficiente capacidad para obtener un buen expediente académico.	1	2	3	4
8. Pienso que puedo pasar los cursos con bastante facilidad, e incluso, sacar buenas notas.	1	2	3	4
9. Soy de esas personas que no necesita estudiar para aprobar una signatura o pasar un curso completo.	1	2	3	4
10. Creo que estoy preparado/a y bastante capacitado/a para conseguir muchos éxitos académicos.	1	2	3	4

Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas (EAPESA; Palenzuela, 1983).

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

General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 items)

Nombre Fecha.....

POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE

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

Anexo V b - 2

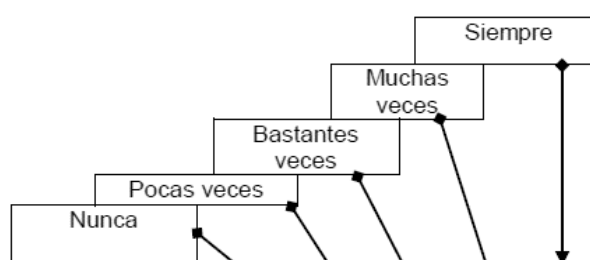
- C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
 Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
 Más rápido que lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más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

A. _____
 B. _____
 C. _____
 D. _____
 Total. _____

Anexo #6. Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF)

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



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